

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADRIANA RIBEIRO SILVA DE CASTRO

CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM COMPORTAMENTO
AGITADO E/OU AGRESSIVO

CURITIBA
2013

ADRIANA RIBEIRO SILVA DE CASTRO

CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM COMPORTAMENTO
AGITADO E/OU AGRESSIVO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, na linha de pesquisa Processo de Cuidador em Saúde e Enfermagem, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum
Coorientadora: Prof^a Dr^a Miriam Aparecida Nimtz

CURITIBA
2013

Castro, Adriana Ribeiro Silva de
Cuidado de enfermagem a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo/ Adriana Ribeiro Silva de Castro – Curitiba, 2013.

89 f. ; 30 cm

Orientadora: Profª Drª Mariluci Alves Maftum

Coorientadora: Profª Drª Miriam Aparecida Nimtz

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
- Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Cuidado dos de enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Agitação psicomotora. 4. Agressividade.

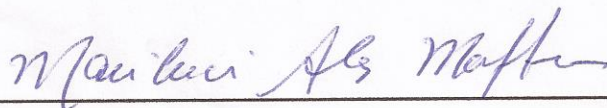
I. Maftum, Mariluci Alves. II Nimtz, Miriam Aparecida. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

ADRIANA RIBEIRO SILVA DE CASTRO

CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM COMPORTAMENTO AGITADO E/OU AGRESSIVO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



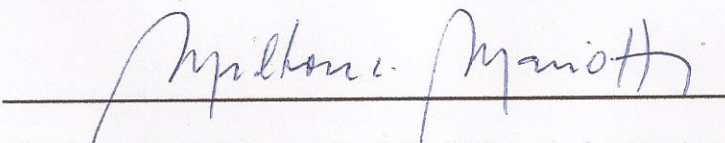
Presidente da Banca: Prof^a. Dr^a. Mariluci Alves Maftum

Universidade Federal do Paraná



Membro Titular: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Mantovani

Universidade Federal do Paraná



Membro Titular Externo: Prof. Dr. Milton Carlos Mariotti

Departamento de Terapia Ocupacional/UFPR

Curitiba, 16 de Agosto de 2013.

Dedico este trabalho àqueles que com amor proporcionaram um colorido especial à minha vida: à minha família, meu marido, minhas filhas e às minhas grandes amigas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço

Primeiramente a Deus. Sem Ele não sei o que seria e onde estaria;

Marcos, meu verdadeiro amor! Seu incentivo foi fundamental na realização da pesquisa, o estímulo, nas horas de desânimo e cansaço, e a alegria pelo andamento do trabalho. Obrigada pela paciência, pelo carinho, pelo respeito e por todo o apoio incondicional. Te amo!

À minha família, meu pai Antônio, minha mãe Edelzuíta, minha irmã Elissandra, meu cunhado Elvis, Flávia e Gustavo, meus sobrinhos, obrigada pela alegria de vê-los crescer na convivência familiar. Amo vocês!

À Luíza e Júlia, minhas lindas filhas, pela compreensão e paciência nos momentos em que estive ausente e por representarem a alegria e esperança na minha vida, obrigada por existirem. Amo vocês!

À minha orientadora Professora Doutora Mariluci Alves Maftum, pela paciência e pelas orientações para este trabalho.

À Professora Doutora Miriam Aparecida Nimtz, pela colaboração e disponibilidade na construção desta pesquisa.

Aos professores Doutores Maria de Fátima Mantovani, Verônica de Azevedo Mazza e Milton Carlos Mariotti, membros da banca, obrigada por compartilharem seus conhecimentos para me auxiliar no meu crescimento profissional e na qualidade desta dissertação.

Às minhas amigas, verdadeiras companheiras, Sílvia, Denise, Cristiane e Regina, que dividiram o processo de produção de uma dissertação, que, com uma simples palavra, proporcionavam alegria e estímulo. Esse trabalho também é de vocês. Muito obrigada!

Ao enfermeiro Márcio Roberto Paes, que vivenciou todo o processo, obrigada pelo apoio, pela parceria, pelos momentos de desabafo, pela paciência, pelo respeito e colaboração.

À equipe de enfermagem da UTI Cardiológica, que, sempre, com uma palavra de força e incentivo, me ajudou a continuar. Aos colegas Enfermeiros Márcio Roberto Paes, Rosilde Aparecida Ferreira Gomes, Laura Eliane Amarília Boeira, Anna Carolina Gaspar Ribeiro pelo incentivo. Aos residentes de Enfermagem Eunice, Hevila, Michael e Camila.

A toda a equipe de enfermagem do Pronto Atendimento Adulto do Hospital de Clínicas da UFPR, pelo carinho, estímulo e confiança e, principalmente, pela colaboração no desenvolvimento desta pesquisa.

As Enfermeiras Ieda Leal da Cruz, Lucimare de Souza Justino, Marli Meireles, Juliana Mendes e Rejane Maestri Nobre Albini e Aparecida da Silva.

Ao Programa de Pós-Graduação da UFPR Mestrado Profissional, pelo apoio recebido nesses dois anos.

Aos Professores, pelo convívio e pelas aprendizagens durante as aulas e nos corredores.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta etapa, período tão desejado, inesperado, desafiador e revelador em minha vida.

“Para conseguir a amizade de uma pessoa digna, é preciso desenvolver em nós mesmos as qualidades que naquela pessoa admiramos.”

Sócrates

*“Por vezes, sentimos que aquilo que
fazemos não é senão uma gota de água no
mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse
uma gota”*

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

CASTRO, Adriana Ribeiro Silva de. **Cuidado de Enfermagem a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo**. 2013. 89f. Dissertação [Mestrado Profissional em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

O cuidado de enfermagem a pacientes com agitação psicomotora e/ou comportamento agressivo deve ser permeado por abordagem segura e eficaz para evitar e/ou minimizar os agravos físicos e psíquicos para pacientes e para a equipe de saúde que o atende. Contudo, é preciso refletir como é desenvolvido o cuidado de enfermagem a esses pacientes no Pronto Atendimento. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória com os seguintes objetivos: verificar a compreensão da equipe de enfermagem sobre comportamento agitado e/ou agressivo manifestado pelo paciente e descrever o cuidado de enfermagem prestado ao paciente com comportamento agressivo e/ou agitado no Pronto Atendimento. Os participantes foram: seis enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e nove auxiliares de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de encontros coletivos gravados, com a técnica de discussão de grupo. Esses encontros foram mensais, três no turno da manhã e três no turno da tarde. Para discussão, foram lançadas as perguntas: 1. Como você define o comportamento agitado e/ou agressivo manifestado por um paciente?; 2. Como o cuidado de Enfermagem ao paciente com manifestação de comportamento agitado e/ou agressivo é desenvolvido no P.A.?; e 3. Como você considera que deve ser feita a abordagem pela equipe de enfermagem ao paciente com comportamento agitado e/ou agressivo? Para a análise das informações obtidas das transcrições dos encontros com os participantes, foi utilizada a Proposta Operativa de Análise Qualitativa. Emergiram as seguintes categorias: *Comportamento agitado e agressivo manifestado pelo paciente*; *Cuidado de enfermagem ao paciente com comportamento agitado e agressivo*; e *Contenção física*. Para os sujeitos, a agitação psicomotora ocorre quando o paciente agitado interfere no ambiente e no comportamento dos outros pacientes, contudo, não agride, apenas se movimenta, representando maior risco para a própria integridade física e saúde do que para a dos outros. No cuidado ao paciente com comportamento agitado e agressivo, a equipe de enfermagem deve dispor da observação, escuta e diálogo como ações primordiais em busca da construção do vínculo, sem os quais se tornam difíceis a eficácia das intervenções e a tentativa de

mudança do comportamento do paciente. A contenção física é a última opção utilizada no cuidado ao paciente com manifestação de agitação e agressão, sendo somente realizada quando o paciente oferece risco para si ou para outros e que, também, traga benefício a ele. A partir dos encontros, surgiu a construção de uma Ficha de Acompanhamento de Contenção Física na Unidade de Pronto Atendimento, com o intuito da melhoria do cuidado de enfermagem ao paciente com comportamento agitado e/ou agressivo. A comunicação terapêutica permeou as discussões como um cuidado do antecipatório a todas as demais práticas. Concluiu-se que o cuidado de enfermagem a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo pode ser melhorado na instituição apenas se houver a inserção de protocolos, educação continuada, discussões e construções coletivas.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem; Agitação psicomotora; Comportamento Agressivo; Comunicação Terapêutica; Emergência.

ABSTRACT

CASTRO, Adriana Ribeiro Silva de. **Nursing care for patients with agitated and/or aggressive behavior**. 2013. 89pp. Thesis [Professional Master in Nursing] – Universidade Federal do Paraná, (Federal University of Paraná) Curitiba City, Paraná State, Brazil, 2013.

Nursing care for patients with psychomotor agitation and/or aggressive behavior should be permeated by safe and effective approach to prevent and/or minimize the physical and psychological injuries to patients and their caregivers. However, the way as the nursing care is developed for these patients in the Emergency Services Units needs to be analyzed. It is a qualitative and exploratory study aiming to check the understanding of the nursing staff on agitated and/or aggressive behavior manifested by the patient, and to describe the nursing care provided to these patients in Emergency Services. Participants for this study were six nurses, two nursing technicians, and nine nursing assistants. Data were collected through collective meetings recorded with the technique of group discussion. These meetings were performed monthly, three in the morning and three in the afternoon. For discussion, the following questions were released: “1. How do you define the agitated and/or aggressive behavior manifested by a patient? 2. How is the nursing care developed in Emergency Services for patients who show agitated and/or aggressive behavior? 3. How do you consider that the nursing staff should approach the patient with agitated and/or aggressive behavior?” Operative Proposal of Qualitative Analysis was used for analyzing information obtained from transcriptions of meetings with participants. The following categories emerged: “*Agitated and aggressive behavior manifested by the patient, Nursing care for patients with aggressive and agitated behavior, and Physical containment*”. For individuals, psychomotor agitation occurs when the patient affects the environment and other patients’ behavior, but do not attack them, just moves, representing greater risk to his own health and physical integrity than for others. For treatment of patients with aggressive and agitated behavior, the nursing staff needs to observe, listening, and dialoguing as the primary actions in pursuit of creating the link, essential for the interventions effectiveness and attempt to change patient behavior. Physical restraint is the last option used for treatment of patients that show agitation and aggression, being performed only when

the patient presents risk to himself or others; and when this procedure also brings benefit to patient. Based on the meetings, Data Monitoring Physical Restraint in the Emergency Services Unit was constructed aiming to improve the nursing care of the patient with agitated and/or aggressive behavior. Therapeutic communication permeated the discussions as an anticipatory care to all other practices. It was concluded that nursing care to patients with agitated and/or aggressive behavior can only be improved in the institution, if there is inclusion of protocols, continuing education, discussions, and collective constructions.

Keywords: Nursing Care; Psychomotor Agitation; Aggressive Behavior, Therapeutic Communication, Emergency

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO PRONTO ATENDIMENTO SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL E O TURNO DE TRABALHO	41
QUADRO 2 –	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL, SEXO, TURNO DE TRABALHO, TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO E TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL	47

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	ESQUEMA DE ORGANIZAÇÃO DO GRUPO DE DISCUSSÃO.....	43
------------	---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	OBJETIVOS.....	21
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	AGITAÇÃO PSICOMOTORA.....	22
2.2	AGRESSIVIDADE.....	26
2.3	CONTENÇÃO FÍSICA	28
2.4	COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA.....	34
3	METODOLOGIA.....	39
3.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	40
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	40
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	41
3.4	COLETA DE DADOS.....	42
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	47
4.2	COMPORTAMENTO AGITADO E AGRESSIVO MANIFESTADO PELO PACIENTE	48
4.3	CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMPORTAMENTO AGITADO E AGRESSIVO	58
4.4	CONTENÇÃO FÍSICA	64
4.4.1	Ficha de acompanhamento de contenção física construída pelos sujeitos.....	69
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICES.....	83
	ANEXOS.....	85

1 INTRODUÇÃO

Comumente, os profissionais de saúde de um hospital geral se deparam com pacientes apresentando agitação psicomotora e/ou comportamento agressivo. Apesar de esses quadros de alterações psíquicas e comportamentais estarem histórica e socialmente ligados à figura da pessoa com transtorno mental, sua etiologia pode ser originária de diversas situações, como, por exemplo, encefalopatias, doenças neurológicas, estado pós-anestésico, distúrbios metabólicos, distúrbios eletrolíticos, reação medicamentosa, entre outras (MANTOVANI *et al.*, 2010; BERNICK; GOUVEA; LOPES, 2010).

Estudos têm mostrado índices crescentes de casos de agitação psicomotora e comportamento agressivo apresentados por pacientes em hospital geral, principalmente nos serviços de emergências. Larkin¹ *et al.* (1992), Del-Ben² *et al.* (1999) e Santos³ *et al.* (2000) *apud* MANTOVANI *et al.*, 2010 referem que cerca de 5% dos atendimentos em serviços de emergências são a pacientes com alterações do comportamento, parte decorrente de agitações psicomotora e comportamento agressivo. No Brasil, estima-se que este índice esteja em torno de 3%.

A agitação psicomotora de paciente é uma das principais causas de lesões de profissionais de saúde nos hospitais dos Estados Unidos. Mesmo assim, ainda não há um consenso em como devem ser as abordagens aos pacientes nesta situação. Alguns serviços capacitam um grupo específico de profissionais para atuar em situações de abordagem aos pacientes agitados, outros serviços têm protocolos de atendimento, em que todos os profissionais estão arrolados (HOLLOMAN JR; ZELLER, 2012).

Existe o risco de o paciente apresentar agitação psicomotora e/ou comportamento agressivo em qualquer unidade de internação de um hospital geral.

¹ LARKIN, G. L.; CLAASSEN, C. A.; EMOND, J. A.; PELLETIER, A. J.; CAMARGO, C. A. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. **Psychiatr Serv.** v. 56, n. 6, p. 671-7, 2005.

² DEL-BEM, C. M.; MARQUES, J. M.; SPONHOLZ, A.; JR., Zuardi AW. Mental health policies and changes in emergency service demand. **Rev Saúde Pública.** v. 33, n. 5, p. 470-6, 1999.

³ SANTOS, M. E.; DO AMOR, J. A.; DEL-BEM, C. M.; ZUARDI, A. W. Psychiatric emergency service in a university general hospital: a prospective study. **Rev Saúde Pública.** v. 34, n. 5, p. 468-74, 2000.

Deste modo, é necessário que as equipes de saúde que ali atuam, discutam e elaborem planos de ação que os direcionem para as melhores e mais seguras práticas de manejo desse quadro, uma vez que a agitação psicomotora e a agressividade trazem riscos para o paciente e para a equipe que o atende (NORDSTROM *et al.*, 2012).

Na agitação psicomotora, são observados aceleração motora e aumento de excitação, fazendo com que o paciente ande de um lado para o outro, gesticule e mostre inquietação constante. Tais comportamentos podem ser caracterizados por sintomas como irritabilidade, hostilidade e agressividade, sinais psicopatológicos extremamente frequentes e relativamente inespecíficos com que se deparam diariamente nos serviços de emergência e internação (MANTOVANI *et al.*, 2010).

Agressão é um tipo de violência e, portanto, o comportamento agressivo apresenta-se por meio de atos violentos contra outras pessoas. A agressividade implica a intenção de ferir o outro, podendo ou não terminar em um ato violento, dependendo dos desfechos que se seguem. Um comportamento agressivo pode incluir ataques físicos contra si mesmo ou contra outra pessoa, contra objetos ou terceiros. Muitos comportamentos são considerados agressivos, mesmo que não envolvam lesões físicas: a agressividade verbal é um exemplo (SADOCK; SADOCK, 2007).

Considerando a agitação psicomotora e a agressividade passíveis de provocar agravos físicos e também psíquicos, tanto nos pacientes quanto na equipe de saúde que os atende, percebe-se a necessidade de conhecer e implementar ações sistematizadas para a abordagem dos pacientes com esses quadros. Isto porquanto, nos últimos anos, a discussão e a implantação de ações voltadas à segurança dos pacientes internados em serviços de saúde têm sido intensificadas.

No Brasil, o Ministério da Saúde, tendo em vista a necessidade do desenvolvimento de estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, otimiza a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde. Por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente, cujo objetivo geral está em contribuir na qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

Considera-se que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, causando esse dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, que pode ser física, social e psicológica (BRASIL, 2013).

Tal Portaria prevê o uso de estratégias como a elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente, capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente, promoção da cultura de segurança com foco no aprendizado e aprimoramento organizacional, compromisso dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual.

Na mesma linha da segurança do paciente, a *American Association for Emergency Psychiatry* (AAEP), em outubro de 2010, estabeleceu um Projeto denominado *Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation* - BETA, ou seja, melhores práticas na avaliação e no tratamento da agitação. Esse projeto se propõe fornecer orientação e capacitação a médicos psiquiatras, médicos clínicos e demais profissionais que atuam em serviços de emergência e que atendem pacientes sob agitação psicomotora. Deste modo, o BETA visa a subsidiar a implantação de ações que promovam a segurança dos pacientes e dos profissionais (HOLLOMAN JR; ZELLER, 2012).

Tendo em vista que a manifestação de agressividade do paciente decorre de sintomas que demandam ações de cuidado profissional, a equipe de enfermagem deve estar capacitada e orientada para mostrar competência nas tomadas de decisão, nas atitudes, na interação terapêutica, com vistas a um cuidado que atenda a essa especificidade (MONTEIRO; SOUSA, 2004).

Assim, o conhecimento a respeito do comportamento agressivo, violento, agitação psicomotora, delírios e confusão mental que poderão ser manifestados por pacientes com quadros clínicos e naqueles com comorbidades psiquiátricas, é imprescindível para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem.

Neste estudo, reconhece-se que, em situações de manifestação de comportamento agitado e/ou agressivo consideradas como emergência em saúde

mental e no cuidado de enfermagem, a comunicação é a primeira e a principal ação a ser realizada nas suas formas verbal ou não verbal.

Deve-se considerar que, em sua prática profissional, o enfermeiro, além das ações técnicas, deverá associar e valorizar com o mesmo grau de importância a competência da comunicação. A partir disso, espera-se que o paciente seja privilegiado com cuidados de enfermagem de qualidade, com base científica e humana, uma vez que a comunicação lhe enseja o direito de saber o que está sendo realizado, por que e para quê (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Uma pesquisa realizada com equipe de enfermagem de hospital geral evidenciou dificuldades dos profissionais em relação à percepção das necessidades psíquicas e dos cuidados aos pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica. O estudo evidenciou falta de especificidade no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica e existência de maior ênfase no conforto e nos procedimentos técnicos, como administração de medicamentos, auxílio na higiene e deambulação (PAES *et al.*, 2010).

O cuidado de enfermagem deve focar o relacionamento interpessoal para formar o vínculo profissional-paciente para intervir na situação manifestada. A partir do momento que se alcança o vínculo de confiança com o paciente, pode-se, então, lhe oferecer apoio, conforto e segurança. Para que isso ocorra, é preciso que a comunicação seja utilizada de forma terapêutica, pois ela interfere e influencia no comportamento das pessoas (STEFANELLI, 1993; STEFANELLI; CARVALHO, 2005)

Na prática da enfermagem em saúde mental, há um cuidado relevante traduzido pelo diálogo, pelo interesse em relação ao que o paciente sente, pensa e como pretende agir para solucionar ou enfrentar seus problemas. Esse cuidado deve antecipar as ações propostas para o paciente, uma vez que, agindo dessa forma, o profissional poderá obter maior colaboração do paciente, visto que ele foi ouvido e compreendido. O verdadeiro e autêntico diálogo tem o poder de dissipar medos e preocupações nas pessoas (LOYOLA, 2008).

Essas ações antecipatórias, do ponto de vista organizacional, orientam que o cuidado voltado ao paciente agitado e/ou agressivo necessita de planejamento e execução de acordo com três níveis de complexidade: controlar fatores ambientais e operacionais do local que podem aumentar a agitação ou

agressividade; antecipar e diagnosticar precocemente esse quadro, seguido de ágil intervenção, que impeça o aumento do comportamento agitado ou agressivo; intervir adequadamente conforme os protocolos da instituição (MANTOVANI *et al.*, 2010).

Algumas medidas ambientais são úteis para minimizar o risco de agressividade, entre elas: a instituição de protocolos gerais de segurança, podendo reduzir o comportamento agressivo contra profissionais de saúde e, assim, garantir a própria segurança do paciente; o treinamento da equipe, inclusive da equipe de segurança; permitir fácil acesso à porta para o profissional que está atendendo e para o paciente, pois alguns pacientes podem apresentar delírios persecutórios e se sentir ameaçados e acuados e, na ausência de portas de saída, podem eventualmente evoluir para a agressão física (MANTOVANI *et al.*, 2010).

A avaliação inicial do paciente não deve ser realizada por um único profissional, levando em consideração a segurança de ambos, pois a presença de um segundo membro da equipe ajuda a coibir o comportamento violento. Deve-se providenciar a retirada de pertences, objetos, aparelhos ou móveis que possam, eventualmente, ser usados como armas. E quanto mais cedo o paciente for abordado e avaliado, menor o risco de evoluir para comportamentos agressivos e, sempre que possível, mantê-lo acomodado em ambiente mais reservado, evitando exposição a outras pessoas. A observação do paciente pela equipe precisa ser contínua, devendo ser diminuídos os ruídos externos e afastados os familiares e pessoas, cujas presenças sejam identificadas como fatores desencadeantes ou intensificadores de agitação ou de comportamento agressivo (MANTOVANI *et al.*, 2010).

Contudo, o profissional deverá envidar esforços para entender que aquele comportamento hostil é decorrente de um sintoma clínico e sinal de sofrimento psíquico. Isso permite ao profissional de saúde adotar uma atitude empática e acolhedora, estabelecendo um relacionamento de vínculo de confiança e respeito. O profissional poderá adotar algumas estratégias que servem para tranquilizar o paciente na abordagem inicial, como não dar as costas para o paciente, fazer movimentos suaves, evitando atitudes corporais de confrontação, manter certa distância física do paciente, apresentar-se dizendo seu nome e sua categoria profissional, pois é importante que as intervenções verbais sejam claras e objetivas (MANTOVANI *et al.*, 2010).

Diante da apresentação de episódios de agressividade, há três medidas cabíveis de intervenção para garantir a segurança do paciente e da equipe que o atende: a abordagem com o uso da comunicação terapêutica, a administração de medicamentos e a contenção ou restrição física (CÁNOVAS; ORTEGA, 2008).

Pacientes com comportamento agitado necessitam de observação constante e, quando tendem a evoluir para agressividade sem condições de abordagem verbal, necessitam de vigilância e contenção física rápida, apropriada e eficaz até que a contenção medicamentosa faça o efeito desejado (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Não obstante, quando um paciente apresenta comportamento agitado agudo ou evidentemente agressivo, a primeira providência a ser tomada será a modificação do ambiente para maximizar a segurança de todos, paciente e integrantes da equipe. Posteriormente, caso a primeira alternativa não seja suficiente para minimizar a agitação, decide-se pelo uso da contenção física como medida de proteção e segurança de todos os envolvidos. É imprescindível que este procedimento somente seja utilizado em ambiente terapêutico. Concomitantemente, alia-se o tratamento farmacológico, com o intuito de acelerar o processo de controle da situação (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR., 2012).

Em que pesem os autores acima referendados explicitarem o uso da medicação como sequência ou aliada ao uso da contenção física, nossa prática em diversos momentos, serviços, tipo de paciente e grau de agitação psicomotora nos tem permitido afirmar que, por vezes, o fato de o paciente não se acalmar faz com que não consigamos discutir junto com os profissionais os motivos de tal agitação e as possíveis alternativas de solução. Ao lhe oferecer a contenção física e ela ser aceita espontaneamente ou não, e, em caso negativo, ser-lhe aplicada tal técnica involuntariamente durante o período em que ele permaneceu contido, com a presença ininterrupta do profissional ao seu lado, mantendo comunicação terapêutica, o paciente melhora sem necessitar de medicação, processo esse invasivo e de administração de substâncias com efeitos físicos diversos.

Cabe ressaltar que nem toda agitação psicomotora é devida ao delírio e à confusão mental. Graus extremos de agitação podem ocorrer em virtude de descontentamento com alguma situação, medo, insatisfação. E depois de a pessoa ser acolhida com respeito, ouvida com interesse genuíno pelo profissional que se

colocou em protidão para entendê-la e ajudá-la, as situações se resolvem. Pacientes podem adentrar a instituição já em atividade de agitação motora, que pode se iniciar no local e se for percebida pelos profissionais, eles podem impedir a progressão da situação mediante diálogo.

Com isso, queremos enfatizar que qualquer uma das estratégias de manejo mencionadas neste trabalho poderá sozinha ser suficiente para a solução do momento de emergência pela agitação física e ou agressão expressa pelo paciente. Também temos que reafirmar que, por vezes, será necessário aliar uma ou todas as estratégias mencionadas para alcançar o melhor cuidado possível. Pessoas são singulares, manifestam comportamento ante o que percebem como ameaçador de modo diferente, assim como têm motivos diferentes para justificar tal comportamento. Cabe ao profissional preparado com conhecimento técnico e científico, comprometido com a profissão, aliar a ética ao bom senso, buscando compreender verdadeiramente o que se passa naquele momento crítico da vida do paciente, elegendo o melhor cuidado a ele.

Pesquisas desenvolvidas com profissionais de saúde mostraram a presença de sentimentos e atitudes no cuidado a pessoas com transtorno mental, como, por exemplo, preconceito, medo, insegurança, indisponibilidade e despreparo. Entretanto, quando é inevitável que se abstenha de atendê-lo logo, a tentativa é providenciar a contenção física e a medicação com a alegação de proteção à equipe, aos familiares e ao paciente, desconsiderando ou deixando para segundo plano a abordagem pela comunicação (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; PAES, 2009; KONDO *et al.*, 2011).

Outra possibilidade de intervenção a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo é o uso de medicamentos cujo objetivo é tranquilizá-los o mais rapidamente possível, reduzindo o risco de aumentar o quadro de agressividade. Dependendo de como for utilizada a medicação, se prescrita mediante avaliação e incluída em um plano de cuidados, ela será considerada parte de um tratamento. Se prescrita especificamente para o controle da reação do comportamento do paciente, ela se tornará uma forma de contenção e, neste caso, será denominada contenção química. Assim, a medicação administrada ao paciente pode ser um tratamento e, em algumas circunstâncias, medida de contenção química (CURRIER; ALLEN, 2000).

Quando todos os recursos de abordagem pela comunicação e mudança do ambiente não surtirem efeito, a contenção física poderá ser utilizada como última opção para o manejo da agitação ou do comportamento agressivo (PAES *et al.*, 2009).

O uso da contenção física é indicado quando o paciente apresenta extrema agitação e, conseqüentemente, risco para sua integridade física. Compreende-se que, antes da realização desse procedimento, a equipe responsável pelo atendimento deve, atentamente, avaliar a situação para adotar a melhor conduta, como, por exemplo, a forma adequada de abordagem e a utilização de recursos humanos e físicos, de modo a dar segurança ao paciente e à equipe durante a contenção física (PAES *et al.*, 2009).

Existe a necessidade, entretanto, de maior conhecimento, desenvolvimento de técnicas e abordagens para os cuidados dos pacientes, principalmente quando se referem aos procedimentos que visam à segurança deles e daqueles que os assistem ou os acompanham em seu tratamento. A pesquisadora tem presenciado, no seu cotidiano profissional, dificuldades e/ou distanciamento dos profissionais de enfermagem ao prestar cuidados a pacientes que apresentam comportamentos agressivos e manifestação de agitação psicomotora.

O interesse por esse estudo emergiu de experiências vivenciadas no dia a dia de um hospital geral, que atende pacientes com multiplicidade de acometimentos clínicos e/ou cirúrgicos, com comorbidade psiquiátrica ou não e que, em determinados momentos, podem apresentar comportamento de risco para sua segurança e para os demais que os cercam.

Apesar de o cuidado de enfermagem a pacientes com manifestação de comportamento agitado e/ou agressivo ser um tema presente na prática de enfermagem, há poucos estudos publicados em periódicos nacionais sobre o tema, dificultando a orientação dos profissionais quanto às melhores formas de manejo da agitação e da agressividade que, eventualmente, o paciente possa apresentar (MARCOLAN, 2004; PAES, 2007; PAES *et al.*, 2009; PAES; BORBA; MAFTUM, 2011).

Nessa perspectiva, surge a questão norteadora da pesquisa: Como é prestado o cuidado de enfermagem a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo no Pronto Atendimento?

Para responder a essa indagação, foram propostos os objetivos:

1.1 OBJETIVOS

- Verificar a compreensão da equipe de enfermagem sobre comportamento agitado e/ ou agressivo manifestado pelo paciente.
- Descrever o cuidado de enfermagem prestado ao paciente com comportamento agressivo e/ou agitado no Pronto Atendimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este item se constitui de breve revisão de literatura, com a finalidade de aprofundar a compreensão sobre pacientes com manifestação comportamental de agitação psicomotora, agressividade e sua abordagem por meio da comunicação terapêutica, da intervenção medicamentosa e da contenção física.

Ao enfermeiro da área de saúde mental, são exigidos aquisição de competência clínica em enfermagem, conhecimentos ético-legais, domínio do conhecimento sobre gerenciamento do cuidado, zelando pela defesa do paciente e de sua família. Por essas possibilidades de conhecimentos, o enfermeiro atua com o intuito de preservar e promover a saúde mental durante intervenções de crise, quando os recursos habituais não são suficientes para dar conta de resolver as situações novas e estressantes. Em outras vezes, age nos cuidados de pessoas nos diversos níveis de gravidade do transtorno mental, leve, grave, agudos e crônicos (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Nos níveis considerado grave e agudo, o enfermeiro poderá perceber obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem do hospital geral. Entre os cuidados considerados com maior dificuldade, está o manejo da agressividade, eventualmente, apresentado pelo paciente, uma vez que são possíveis, na admissão em atendimentos nos serviços de emergências dos hospitais gerais, a evolução com comportamento agressivo, agitação psicomotora, episódios de delírios, psicose aguda e confusão mental, podendo ser de origem orgânica ou transtorno mental (JIMENÉZ BUSSELO *et al.*, 2006).

2.1. AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Os profissionais de saúde, no atendimento em hospital geral, principalmente em serviços de emergências, encontram-se diariamente com pacientes que apresentam agitação e/ou agressividade. A ocorrência de agitação e/ou agressividade é, possivelmente, o cenário mais perturbador encontrado por

esses profissionais em hospital geral, ou mesmo no serviço de emergência psiquiátrica (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Corroborando essa ideia, Jacintho; Stella e Laurito Jr. (2012) descrevem que é frequente o atendimento de pacientes agitados nos serviços de emergência e unidades de internação de hospital geral. A presença desses pacientes pode causar desconforto, principalmente quando afeta de forma adversa a equipe que o atende.

As manifestações de comportamentos de agitação e/ou agressividade resultam para o profissional em desmoralização, incapacidade física, psicológica e absenteísmo. Com isso, surgem posturas negativas como rejeição e raiva dos membros da equipe, gerando um círculo vicioso que promove mais violência. Para os autores, a agitação psicomotora pode vir seguida de manifestação de comportamento agressivo ou violento, que se torna um obstáculo ainda mais difícil no atendimento. Contudo, apesar da constante relação entre agitação e transtornos mentais, o comportamento agitado também pode estar presente em pacientes que não tenham diagnóstico de transtorno mental prévio (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR., 2012).

Várias condições clínicas e psiquiátricas podem evoluir para comportamento agitado. É relevante compreender que algumas dessas causas são situações ameaçadoras para a vida do paciente. Torna-se imprescindível, portanto, que os profissionais de saúde sejam capazes de diferenciar as causas de agitação, com o intuito de os pacientes receberem tratamento adequado e oportuno (NORDSTROM *et al.*, 2012).

A agitação pode ser definida como uma atividade motora e verbal excessiva, em grande parte improdutiva, associada a uma experiência subjetiva de tensão. Esses pacientes podem se apresentar com mínima capacidade de *insight* frente à sua doença, prejudicando, também, seu juízo crítico da realidade. O termo *insight* é compreendido como o grau de consciência e entendimento em relação a estar doente e à capacidade de entender a causa e o significado real de uma situação, portanto, nestas condições, o paciente pode ter dificuldade em entender que está doente e não reconhecer a necessidade de ajuda (SADOCK; SADOCK, 2007; MANTOVANI *et al.*, 2010).

Quadros de agitação psicomotora, frequentemente, precedem manifestação de comportamento agressivo. Apesar disso, o diagnóstico de um

transtorno mental não é o significado de um futuro comportamento agressivo. No dia a dia de um hospital geral, a agitação psicomotora e a agressividade se relacionam estreitamente com transtornos mentais, podendo ser de etiologias orgânicas ou funcionais. O indivíduo hostil pode tornar-se prontamente agressivo, e a agressão pode ser direcionada a pessoas e a objetos (LOUZÃ NETO, 2007, JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Stefanelli, Fukuda, Arantes (2008) e Jacintho; Stella; Laurito Jr (2012) consideram como fatores de risco para agitação psicomotora as seguintes condições: homens, de 15 a 24 anos, baixo nível socioeconômico e educacional, desemprego, membro de minorias sociais sem suporte adequado, vítimas de assalto e violência, intoxicação por álcool ou abstinência de substâncias psicoativas, traumatismo craniano (lesão do lobo frontal), história de abusos na infância, desenvolvimento em ambiente violento, baixa autoestima, pessoas com transtornos mentais sem adesão ao tratamento.

Na maioria das vezes, antecipar a ocorrência de um comportamento agitado e/ou agressivo é uma tarefa difícil, contudo existem sinais que podem indicar início das manifestações de um quadro de agitação (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012). Conforme o grau de agitação psicomotora, esses pacientes podem apresentar risco para a integridade física, tanto para si mesmo, quanto para profissionais de saúde, familiares ou outros pacientes. Os graus de agitações podem ser definidos como paciente agitado, potencialmente agressivo ou francamente violento (MANTOVANI *et al.*, 2010).

A agitação psicomotora, quando exteriorizada, apresenta-se de forma desafiadora para a equipe de saúde. Em geral, esses pacientes são considerados “difíceis” durante o atendimento pela equipe assistencial (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Um estudo realizado com a equipe de enfermagem de um pronto atendimento mostrou que os profissionais têm postura conservadora, preconceituosa e visão estigmatizada voltada para o paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. Como resultado, essa postura gera obstáculo no cuidado ao paciente que evoluiu com quadro de agressividade. Notou-se distanciamento entre a equipe de enfermagem e os pacientes que apresentavam comorbidades clínico-psiquiátrica devido à forma como eram realizados os cuidados e pelas dificuldades relatadas

pelos profissionais, os quais davam mais importância aos cuidados e procedimentos técnicos. O estudo permitiu à equipe reconhecer que não se sente qualificada para prestar esse cuidado (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010).

Paciente agitado pode, a qualquer momento durante a avaliação e conforme a evolução para alto risco de agitação, exigir medicação, contenção física e aporte da equipe. A contenção física pode ser necessária para salvar a vida do paciente e manter a segurança de todos os envolvidos. Da mesma forma, pacientes gravemente agitados que não conseguem colaborar estão em risco de comportamento violento e, portanto, requerem também restrição. Quando em contenção física, o nível de oxigenação e a avaliação de glicemia capilar devem ser feitos imediatamente, caso não tenha conseguido no momento da primeira abordagem (NORDSTROM *et al.*, 2012).

Em relação à avaliação do nível de agitação, o estudo *Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation in the Emergency Setting* – Projeto BETA apresenta duas escalas: *Overt Agitation Severity Scale* ou *Overt Aggression Scale* e a escala *Behavioural Activity Rating Scale* - BARS. Essas escalas podem ser utilizadas desde o atendimento em salas de emergência de hospital geral e emergência psiquiátrica, como também em centros de atendimentos clínicos, para determinar o grau de agitação do paciente, principalmente, quando utilizadas por pessoas não habilitadas na conduta com paciente agitado. A Associação Americana de Psiquiatria de Emergência não privilegia uma escala de classificação de agitação melhor que a outra, porém, defende que são fáceis de usar, podendo ser utilizadas com segurança, mesmo por um grupo de pessoas não treinadas em psiquiatria ou emergência (NORDSTROM *et al.*, 2012).

Tabela 1. Behavioural Activity Rating Scale

1. difícil ou incapaz de despertar
2. responde normalmente ao contato verbal ou física
3. sonolento, parece sedado
4. (nível normal de atividade) Calmo e acordado
5. sinais de evidente atividade (física ou verbal), acalma com instruções
6. extremamente ou continuamente ativo, não necessitando de contenção
7. violento, exige moderação

Fonte: Nordstrom *et al.* (2012, p.4).

2.2. AGRESSIVIDADE

Atos de agressividade são parte de uma estimativa de 1,43 milhões de mortes no mundo por ano. Embora a agressividade possa ocorrer em vários contextos, atos individuais ou repetitivos de violência têm por base uma suscetibilidade neurobiológica. A agressividade e a violência são fenômenos fortemente presentes e com custos expressivos para a sociedade (SIEVER, 2008).

Os efeitos prejudiciais de agressão e violência são documentados diariamente nos meios de comunicação.

Agressão - definida como comportamento hostil, injurioso, ou destrutivo – é, muitas vezes, causada por frustração coletiva ou individual. O profissional de saúde mental é, em algumas ocasiões, chamado para avaliar as formas patológicas de agressão individual na clínica, nos serviços de psicologia, em ambientes escolares, mas as causas e o tratamento de agressão patológica e violência são mal compreendidos pela comunidade e pouco estudados (SIEVER, 2008).

O comportamento violento é difícil de prever, porém os prognosticadores mais específicos de possível comportamento agressivo podem ser a ingestão excessiva de álcool, história de atos violentos com prisões ou atividade criminosa e história de abuso na infância. O profissional deve avaliar o risco para a agressividade, no qual deve considerar a ideação, o desejo, a intenção, o plano violento, considerar estressores manifestos como conflito conjugal, perda real ou simbólica (SADOCK; SADOCK, 2007).

A agressão do paciente voltada à equipe pode ser entendida por ela como ato de desmoralização e gerar incapacidade física e psicológica, inclusive absenteísmo. Todavia, tem-se dado importância aos episódios de agressão psíquica, pois se considera uma demanda que pode provocar efeitos prejudiciais à autoestima de quem a recebe (SADOCK; SADOCK, 2007; JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Estudo realizado com a equipe de enfermagem de um pronto atendimento de hospital geral apontou como resultado que a equipe sofre violência durante o cuidado ao paciente com transtorno mental, contudo em menor proporção se comparado a pacientes em geral (SILVA, 2011).

Silva (2011) explicitou que, normalmente, as definições de agressão e violência são compreendidas pelo senso comum com significados muito parecidos, e alguns autores os entendem como sinônimos. Ainda assim, outros pesquisadores fazem distinção entre essas terminologias. Para esse trabalho, cujo objeto de estudo é o cuidado de enfermagem a pacientes com manifestação de comportamento agitado e/ou agressivo, será utilizado com maior frequência o termo agressividade.

Para determinar um comportamento agressivo, o paciente não necessariamente deve apresentar um transtorno mental, visto que a combinação de diversos elementos como fatores clínicos/orgânicos, demográficos, históricos e sociais poderá influenciar para evolução de tal comportamento (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Em unidades de atendimentos de emergência, em hospital geral ou em unidade de emergência psiquiátrica, as causas de atendimentos envolvendo agitação psicomotora e/ou agressividade são em número bastante significativo, exigindo dos profissionais conhecimento mais abrangente sobre as diversas causas etiológicas e possíveis diagnósticos diferenciais, o que determinará a conduta para cada caso (MANTOVANI *et al.*, 2010).

Em geral, o tratamento medicamentoso prescrito para comportamento agitado e/ou agressivo envolve o uso de benzodiazepínicos e antipsicóticos de alta potência, com o objetivo de diminuir e interromper a agitação psicomotora de maneira rápida. Assim, não deve chegar à sedação do paciente mas à sua tranquilização (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR., 2012).

O tratamento medicamentoso do comportamento agitado e agressivo tem duas formas de intervenções principais. Primeiramente, tem como objetivo tratar o transtorno primário do qual esse comportamento faz parte. Posteriormente, é possível tratar o comportamento agressivo como um transtorno psiquiátrico primário, baseando-se no fato de o comportamento ter alguns mecanismos neurobiológicos que ocorrem, independentemente, do transtorno psiquiátrico associado. Como o comportamento agressivo é associado a diferentes transtornos, ele apresenta os mesmos aspectos neurobiológicos, podendo ser tratado com a mesma abordagem farmacológica (PRADO-LIMA, 2009).

Os fármacos comprovados como eficazes no tratamento do comportamento agressivo impulsivo são os estabilizadores de humor (carbonato de

lítio, carbamazepina, oxcarbazepina, valproato de sódio e topiramato), os antipsicóticos (clozapina, olanzapina, quetiapina, entre outros), os bloqueadores beta-adrenérgicos, a buspirona (um agonista parcial do receptor de 5-HT_{1A}¹), o ácido graxo essencial ômega-3 e os antiandrógenos. Ainda assim, esse tema fornece oportunidade ímpar para estudos da clínica psiquiátrica, visando a entender por que a comorbidade acontece e é tão frequente, pois os diagnósticos desafiam a psicofarmacologia, sugerindo outros caminhos e abordagens além da clássica “um diagnóstico, um comprimido”, para cada situação clínica (PRADO-LIMA, 2009).

O atendimento de pacientes que apresentam auto ou heteroagressividade deve ser feito por uma equipe interdisciplinar composta por no mínimo um médico psiquiatra, um enfermeiro psiquiátrico, um auxiliar de enfermagem e uma equipe de apoio ou de segurança disponível, sendo devidamente treinada nos casos em que a agitação e a agressividade são intensas, podendo ser necessário o uso da contenção física (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

De um modo geral, pacientes com comportamento agressivo são aterrorizados por seus próprios impulsos de hostilidade e acabam buscando ajuda para prevenir a perda de controle. Entretanto, contenções físicas devem ser utilizadas se houver risco razoável de agressividade (SADOCK; SADOCK, 2007).

2.3 CONTENÇÃO FÍSICA

Os modos de contenção física de pacientes apresentados na literatura são: o Grupo de Oito, a contenção mecânica no leito e o isolamento (SIQUEIRA JUNIOR, OTANI, 1998; PAES, 2007; MANTOVANI *et al.*, 2010; PAES; BORBA; MAFTUM, 2011). O Grupo de Oito é uma técnica inicialmente descrita em 1972, utilizada na Clínica Pinel em Porto Alegre/RS, difundida na cidade de Curitiba/PR a partir de 1990 (BORBA, 2009).

Essa técnica, descrita por Siqueira Júnior e Otani em 1998, incide na avaliação da equipe ao perceber a necessidade de estabelecer limites a um paciente

¹5-HT_{1A} – ácido 5-Hidroxiindolacético, se refere a serotonina (PRADO-LIMA, 2009).

que esteja com comportamento de risco para si, outros pacientes ou para o ambiente. Para a realização da técnica, são necessárias oito pessoas, que fazem a contenção com seus próprios corpos, posicionando-se estrategicamente ao redor e nas laterais do paciente. Um líder se posiciona à frente do paciente e tenta estabelecer uma conversa com o intuito de limitar o contingente agressivo, acalmá-lo e mostrar-lhe a realidade. Conquanto a comunicação terapêutica e a utilização do Grupo de Oito não sejam suficientes para tranquilizá-lo, os membros da equipe poderão levá-lo à contenção física no leito (PAES, 2007).

A contenção física consiste na abordagem física e na ação de segurar, imobilizar e conduzir a pessoa agitada ou agressiva até o leito ou para esclarecê-la e adverti-la das consequências do comportamento manifestado. A contenção mecânica envolve o uso de dispositivos mecânicos ou manuais para limitar as ações do paciente, como, por exemplo, faixas, ataduras, lençóis. O isolamento é um local fechado em que o paciente é mantido sem a possibilidade de sair e que é utilizado como modo de contenção em alguns países da Europa (MANTOVANI *et al.*, 2010; PAES; BORBA; MAFTUM, 2011).

No Brasil, o isolamento foi utilizado por muito tempo, sendo denominado de celas-fortes ou cubículos, estando atualmente em desuso e legalmente proibido pela Portaria MS/SNAS nº 224/92. Dessa forma, o Ministério da Saúde objetiva priorizar a necessidade de um atendimento humanizado, bem como a preservação dos direitos de cidadania aos pacientes internados. Assim, os hospitais que realizam atendimento em psiquiatria são orientados quanto à proibição desses espaços restritivos (BRASIL, 1992).

Contenções físicas são utilizadas quando os pacientes apresentam perigo para si mesmos ou para outros, representando uma ameaça grave que não pode ser controlada por meio de outra abordagem. Esses pacientes podem ser contidos por um curto período para receber medicação. Em geral, os pacientes sob contenção física se acalmam após algum tempo (SADOCK; SADOCK, 2007).

A finalidade de usar a contenção física está em perceber que a pessoa, devido às alterações psíquicas e comportamentais, apresenta um grau de risco para si e os demais que a cercam, sendo uma “forma adequada de segurar, conduzir e restringir os movimentos físicos da pessoa no leito” (MARCOLAN, 2004).

Stuart e Laraia (2001) definem a contenção mecânica como o uso de dispositivos mecânicos ou manuais que são interpostos para limitar a mobilidade física do indivíduo, tendo, como principal indicação, o controle do comportamento violento contra o meio e o próprio paciente, desde que não possa ser controlado de outra maneira.

Nas concepções mítico-religiosas da antiguidade, o louco, ora era considerado instrumento de Deus, ora do diabo mas, em ambas as situações, a figura de ferocidade lhe era atribuída, e a pessoa devia ser contida por grilhões de ferro ou aprisionamento nos porões dos castelos. As famílias que possuíam pessoas com transtorno mental utilizavam artifícios para isolá-las e contê-las em suas casas, a fim de evitar que a sociedade as vissem e, conseqüentemente, relacionassem a doença com castigo por pecados cometidos (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001; PAES, 2007).

Da antiguidade até a atualidade, foram utilizados diversos instrumentos para conter o louco, como correntes e cinturões de ferro, algemas, grilhões, cordas, camisas de força, celas-forte, coleiras de couro, lençol de couro, faixas de tecido, entre outros. Todos esses artifícios são imagens representativas do modelo manicomial caracterizado pela exclusão social, isolamento, coerção e violação dos direitos sociais e humanos do paciente com transtorno mental (PAES *et al.*, 2009).

Nos Estados Unidos, desde a década 1940, com o aumento de tecnologia em ambientes de saúde críticos e a finalidade de manter o paciente seguro, a descrição da contenção física apresentou maiores interesses na produção científica naquele local. Reforça-se que a utilização deste procedimento pode variar, quanto ao serviço, nas instituições de ensino e também nos diversos países em estudo (MARTIN; MATHISEN, 2005).

Para o Comitê de Ética Assistencial do *Sagrat Cor Serveis de Salut Mental*, em Barcelona/Espanha, o uso de medidas restritivas durante a hospitalização tem finalidade terapêutica e, portanto, são incluídas no plano de tratamento global do paciente, cumprindo com os seguintes critérios: indicação individualizada e com tempo limitado; excepcionalmente como medida terapêutica; sempre será solicitada a prescrição do médico responsável; em situações excepcionais e, por motivo de urgência, a equipe de enfermagem poderá tomar a decisão, com comunicação imediata ao terapeuta para validar a indicação; sempre que possível indicar a

medida menos restritiva; e, em nenhum caso, poderá ser indicada uma medida restritiva como castigo ou intimidação ao paciente (CEA, 2004).

Os pacientes agitados, que ameaçam com agressividade, devem ser contidos se não forem suscetíveis à intervenção verbal. A contenção deve ser feita por pessoas treinadas, preferivelmente com quatro ou cinco pessoas, e é imprescindível explicar ao paciente o motivo pela qual a contenção está sendo realizada. Para estes autores, a contenção física deve ser seguida, imediatamente, da contenção medicamentosa (BERNIK; GOUVEA; LOPES, 2010).

A contenção física deve ser feita de modo que as medicações possam ser administradas e, gradativamente, retiradas quando o paciente é medicado e apresenta melhora do quadro de agitação. Ressalta-se, ainda, que esse procedimento não deve ter um caráter punitivo, recomendando-se, portanto, que a contenção deve ser mantida pelo menor tempo possível (BERNIK; GOUVEA; LOPES, 2010).

A contenção física deve ser utilizada de forma terapêutica, requerendo muita atenção para evitar sua banalização. É considerada um procedimento que deve ser utilizado após outras formas de recurso se mostrarem insuficientes para o manejo e controle da agitação psicomotora ou comportamento agressivo, como a abordagem verbal (PAES, 2007; PAES *et al.*, 2009).

O emprego de procedimentos restritivos como o isolamento e a restrição física e mecânica é comum em vários países e são práticas comuns nas instituições, sendo consideradas procedimento extremamente controverso, pois o uso maciço e desenfreado dessas técnicas tem, na maioria das vezes, caráter punitivo e coercitivo (ARAÚJO *et al.*, 2010; MANTOVANI *et al.*, 2010)

Há uma crescente preocupação na busca de alternativas para a contenção do paciente com comportamento agressivo e/ou agitado. Apesar disso, inexistem estudos e faltam protocolos que comparem seus resultados, o que dificulta a criação de procedimentos e alternativas viáveis (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Faz-se necessário desenvolver programas que proporcionem qualificação para os profissionais da área da Saúde Mental. A sensibilização da equipe de enfermagem com o intuito de mudanças de concepção sobre as psicopatologias, sobre a relação profissional-paciente, sobre o processo doença-

saúde mental e a aceitação do portador de transtorno mental como ser humano, carece de cuidado qualificado (PAES *et al.*, 2010).

Estudo avaliou, antes e após a participação de um curso com duração de dez dias, a educação em serviço na gestão da violência, melhorias da equipe quanto ao nível de conhecimento, estresse, ambiguidade do papel do profissional, controle e habilidades nos procedimentos restritivos, tendo sido aplicado um exercício de avaliação comparativa em unidade psiquiátrica de dois hospitais psiquiátricos na Austrália Ocidental para avaliar a confiança da equipe em lidar com a agressividade do paciente. Os resultados mostraram que os funcionários do hospital onde foi realizado o treinamento regular foram significativamente mais confiantes em lidar com a agressão, e após a conclusão de um módulo de contenção física segura, na outra equipe do outro hospital, esses profissionais também relataram um aumento significativo em seu nível de confiança na condução do paciente com comportamento agressivo (DUNCAN *et al.*, 2009).

Em relação ao cuidado de enfermagem a pacientes com comportamento agressivo, a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, em 2002, publicou um protocolo de saúde mental que descreve uma técnica de contenção física que necessita de no mínimo cinco profissionais, com capacitação técnico-científica. Este protocolo foi desenvolvido em sistema de fluxograma, dividido em seis etapas, iniciando com procedimentos preliminares, imobilização dos membros, retirada de adornos, utilização de faixas, afixação de faixas no leito e, na última etapa, descreve a contenção total (CURITIBA, 2002).

A Fundação Hospitalar de Minas Gerais elaborou um protocolo sobre contenção física, que recebeu a identificação de Protocolo Clínico de Contenção Física de Pacientes em Quadro de Agitação Motora, com objetivo de orientar os profissionais de saúde sobre as necessidades de utilização dessa técnica. Este protocolo visa à integridade física, psíquica e moral dos pacientes e profissionais de saúde que prestam cuidado, reforçando que o procedimento aconteça de forma humanizada. Discorre como deverá ser feita a contenção física naquela instituição. Foi desenvolvido um formulário para monitoramento de contenção física no qual constam identificação, motivação que levou à contenção física, avaliação de sinais vitais pelos técnicos de enfermagem, eventos adversos e/ou complicações surgidas no período da contenção física, tipo de contenção com controle de horário e controle

de melhora da agitação, finalizando com um fluxograma de contenção (MUSSEL *et al.*, 2012).

Tal protocolo prevê que a contenção física deve ser utilizada somente quando todas as opções terapêuticas de abordagem pela comunicação se mostrarem insuficientes a esse paciente. Devem ser feitas utilização de técnica adequada, sempre que possível em ambiente terapêutico, e avaliação criteriosa e global, que inclui anamnese, exame físico e do estado mental. Também é feito um questionamento quanto ao histórico de alergias, reações adversas a medicamentos, doenças de base e uso de substâncias (lícitas e ilícitas), além da busca por informações do histórico pessoal e familiar para transtornos mentais (MUSSEL *et al.*, 2012).

Com isso, a avaliação inicial busca investigar a causa da agitação, uma vez que alguns sinais podem ser sugestivos e indicativos e reforçar a hipótese de causa orgânica para a agitação, como ausência de transtornos psiquiátricos prévios, início agudo do quadro, flutuação do nível de consciência, desorientação temporal ou espacial. Busca-se, também, a causa de doença subjacente conhecida. A intervenção inicial inclui: a escuta e o acolhimento do paciente, reforça a tentativa de abordagem verbal e por outros recursos como mudança de ambiente, privacidade, retirar do ambiente agentes que podem causar aumento do estresse, como a presença dos próprios familiares. Entende-se que são procedimentos que ajudam a manter um ambiente terapêutico (MUSSEL *et al.*, 2012).

O mesmo protocolo refere que se deve proteger o paciente com alterações de comportamento ou consciência contra lesões e traumas, provocados por ele mesmo ou em outros, que geram a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido (MUSSEL *et al.*, 2012).

Até o ano de 2012, a Enfermagem brasileira não tinha disponível regulamentação referente ao procedimento de contenção mecânica a pacientes, o que foi normatizado por meio da Resolução nº 427, de 7 de maio de 2012, do Conselho Federal de Enfermagem. Nesta Resolução, fica claro que esta medida deverá ser empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ao paciente ou a terceiros, não deve ser prolongada desnecessariamente e afirma ser necessário monitoramento do nível de consciência, dados vitais e

condições de pele e circulação dos membros contidos, com regularidade e nunca superior a uma hora (COFEN, 2012).

De acordo com Parecer nº56/1993 da Câmara Técnica Assistencial e Parecer nº5/1997 da Câmara Técnica de Ética do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (Coren-SP), a contenção física em pacientes com transtornos mentais deve seguir um protocolo que regulamente as técnicas, visando à promoção de uma assistência de Enfermagem humanizada com qualidade e segurança (COREN, 1997).

Para garantir a qualidade no cuidado ao paciente com agitação psicomotora e agressividade, é necessário que o enfermeiro adquira conhecimentos em saúde mental e psiquiatria, psicofarmacologia, técnicas de comunicação terapêutica e técnica de contenção física (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

2.4 COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

“O enfermeiro dever ter em mente que, ao usar as estratégias de comunicação terapêutica, ao mesmo tempo ele ajuda o cliente e lhe oferece a oportunidade de aprender com a experiência” (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008 p, 332). O tópico que aborda o tema comunicação terapêutica é fundamentado nos estudos de Maguida Costa Stefanelli, estudiosa da temática sobre comunicação humana e comunicação terapêutica no Brasil. É professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), doutora e mestre em enfermagem pela USP e fundadora e líder do grupo de estudos sobre Comunicação em Enfermagem, entre outras titulações.

O processo de comunicação acontecerá se existir alguém com uma curiosidade, necessidade de transmitir ou saber algo que deve ser esclarecido, sendo dito a outra pessoa. Este é o emissor, que se sente estimulado a iniciar um contato interpessoal, refletindo em como fazer e enviar a sua informação, ideia ou dúvida para compartilhar com outra pessoa, o receptor, que, por sua vez, reage à mensagem recebida apresentando uma reação, considerada sua resposta ao

emissor. A resposta constitui um novo estímulo à continuação desse processo, que é dinâmico pelo fato de os papéis do emissor e do receptor serem alternados (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

A comunicação configura-se como um elemento essencial no cuidado. Entendida como o alicerce de nossas relações interpessoais, o cuidado, nesta perspectiva, associa-se à prática de se comunicar. A comunicação, em suas variadas formas, tem um papel de instrumento de significância humanizadora e, para tal, a equipe precisa estar disposta e envolvida para estabelecer essa relação e entender que é primordial reconhecer o cliente como sujeito do cuidado e não passivo a ele (BRASIL, 2008).

A equipe de enfermagem deve fazer uso da comunicação com a família e o paciente de forma clara e objetiva, pois termos técnicos muitas vezes são desconhecidos, passando, deste modo, a informação a ser ineficiente. Deve-se entender a realidade em que o paciente e sua família estão inseridos.

A cultura tem um papel importante no modo de ser das pessoas, e o modo como cada uma se comunica com a outra traz, em sua essência, a influência de suas crenças e valores. O enfermeiro deve ter consciência desse fato e levar em consideração não só suas características culturais, mas também as do paciente (STEFANELLI; CARVALHO, 2005, p. 36).

O ambiente é elemento do processo de comunicação e exerce forte influência na sua efetividade, uma vez que pode influenciar de forma positiva ou negativa a compreensão da mensagem transmitida. O ambiente não se restringe ao espaço físico utilizado pelas pessoas, engloba as pessoas que interagem, sua cultura, mobiliário, iluminação, ventilação, temperatura, ruídos e também condições de tempo e espaço (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Stefanelli (1993) explicita que a comunicação é um processo de compreender e partilhar mensagens, que exercem influência nas pessoas no momento em que ocorre ou em momentos subsequentes. E estas mensagens só podem ser estudadas no contexto em que ocorrem. Uma mensagem pode ser enviada de forma não verbal, sem o uso da fala. O silêncio, o olhar, o cheiro são algumas formas de comunicação não verbal que, quando manifestadas, não necessitam obrigatoriamente da expressão verbal. Mas quando uma pessoa utiliza a

linguagem falada, esta linguagem, inconscientemente ou não, é acompanhada de expressões não verbais, como expressão facial, modulação da voz, gestos, odores, olhar, toque e outros, que serão percebidos ou não.

Stefanelli (1993) justifica a importância do aprofundamento do estudo da comunicação para que o enfermeiro possa prestar um cuidado integral ao paciente, embasado na visão que ele tem do mundo.

A comunicação é a base para o desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as suas fases, reforçando o valor dela entre enfermeiro e paciente. O uso da comunicação como ferramenta do cuidado de enfermagem permite a individualização do cuidado, oferecendo-o de maneira humanizada e competente. Considera o paciente como ser humano e pessoa que é (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

A competência em comunicação deve ser equiparada à competência clínica, para que o paciente possa ser privilegiado com cuidado de alta qualidade científica e humanitária. Deve-se priorizar o uso da comunicação e do relacionamento terapêutico em diversas áreas do conhecimento da enfermagem, como psiquiatria, geriatria, saúde da mulher, emergência, unidade de cuidados intensivos neonatal, infectologia, idoso, unidades de internação e emergência, grupos de apoio e autoajuda (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Sem comunicação não há relacionamento interpessoal terapêutico entre profissional de enfermagem e paciente. A comunicação terapêutica é a competência profissional adquirida pelo conhecimento e uso da comunicação humana. Tem como objetivo oferecer suporte ao ser humano, em certo momento da vida, a fim de torná-lo autônomo, por meio do desenvolvimento da capacidade de descobrir e utilizar seus potenciais para se ajustar e enfrentar os desafios para autorrealização, ensejando-lhe melhor condição de vida (STEFANELLI; CARVALHO; 2005).

Comunicação terapêutica se constitui, portanto, em competência do profissional para usar o conhecimento sobre comunicação humana para favorecer o outro. Dessa forma, a finalidade precípua é levar o paciente a viver com autonomia e cidadania. Quando a comunicação terapêutica entre o profissional de enfermagem e paciente é estabelecida, como resultado o paciente poderá ser levado a descobrir e utilizar sua capacidade para solucionar problemas e conflitos, identificar suas limitações pessoais, enfrentar novos desafios, com isso procurando tomar

conhecimento para viver da forma mais saudável possível (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

A comunicação somente alcança seu êxito quando o outro puder responder e, conseqüentemente, apresentar mudança de comportamento de forma consciente ao demonstrar o quanto compreendeu da mensagem (STEFANELLI, 1993; STEFANELLI, CARVALHO, 2005; CÁNOVAS; ORTEGA, 2008).

Algumas condições são desfavoráveis e desafiadoras para os profissionais de enfermagem para conseguir uma comunicação satisfatória com o paciente, entre elas: os ruídos provocados pela equipe, equipamentos e outros profissionais de saúde, espaço físico restrito por consequência da proximidade entre os leitos ou macas nas unidades de internação. Todos esses aspectos, relativos ao ambiente, dificultam ao paciente expressar seus sentimentos, inclusive o que pensa em relação a seu problema de saúde (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

O enfermeiro deve ter em mente que, ao usar a comunicação humana para ajudar outra pessoa, possibilita soluções de conflitos, reconhece as limitações pessoais. Com isso ajusta-se ao que, provavelmente, não poderá ser mudado, assim o paciente se sente mais fortalecido, procurando viver com o máximo de independência, de forma saudável e autônoma. O profissional poderá usar, adequadamente, as estratégias de comunicação terapêutica para o desenvolvimento do relacionamento enfermeiro-paciente com seu uso em situações específicas (STEFANELLI; CARVALHO, 2005; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

As autoras classificaram de forma didática as estratégias de comunicação terapêutica em três grupamentos: expressão, clarificação e validação. Contudo, salienta-se que se trata de guias, e, portanto não devem ser usadas de forma rígida e repetitiva, mas como sugestões e linhas gerais (STEFANELLI; CARVALHO, 2005; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

As estratégias que compõem o *Grupamento expressão* encorajam ou favorecem a descrição de sentimentos e pensamentos sobre a experiência que os desencadeou. São utilizadas com maior ênfase no início do relacionamento terapêutico, embora permeiem toda a interação entre paciente e enfermeiro. Essa estratégia estimula ou facilita a descrição de pensamentos e sentimentos sobre a experiência que os desencadeou. Não implicam tomada de decisão ou solução de problemas no momento que emergem na conversação. São estratégias deste

grupamento: *ouvir reflexivamente, uso terapêutico do silêncio, verbalizar aceitação e interesse, repetir comentários, fazer e devolver a pergunta, usar frases descritivas, permitir ao cliente que escolha o assunto, colocar em foco a ideia principal, verbalizar dúvidas, dizer não, uso terapêutico do humor* (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

As estratégias do *Grupamento Clarificação* têm como finalidade tornar as mensagens compreensíveis, com linguajar comum, possibilitando ao paciente que reorganize suas ideias, pensamentos e expressão. Ainda fornece condição em perceber a relação entre suas ideias e suas ações, permitindo, dessa forma, que ele possa esclarecer, analisar e priorizar suas condutas. São elas: *estimular comparações, solicitar ao cliente o esclarecimento de termos incomuns, que identifique o agente da ação, descrever os eventos em sequência lógica* (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

O último *Grupamento Validação* tem importância fundamental na verificação da compreensão das informações e orientações fornecidas ao paciente pelo enfermeiro e demais profissionais de saúde. Ele auxilia o paciente a ter uma visão realística do mundo e experimentar se a mensagem foi corretamente compreendida. Se o enfermeiro não clarificar e validar a mensagem do cliente, ele pode incorrer no maior risco de agir com base nos próprios valores, crenças ou interpretações. Algumas estratégias de comunicação terapêutica poderão ser utilizadas, tais como *repetir a mensagem do cliente, solicitar ao cliente para repetir o que foi dito, resumir o conteúdo da interação* (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

O processo de comunicação como mediador entre as pessoas é um instrumento fundamental para o trabalho da Enfermagem, sendo, assim, não se pode perder a essência da comunicação humana, o que possibilita a compreensão de si mesmo, de pessoas, comunidade, sociedade, com a finalidade de encontrar a melhor solução para o enfrentamento dos desafios em direção da melhor qualidade de vida (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória.

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, resultados das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus produtos e a si mesmos, como sentem e pensam. Responde às questões particulares e se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Permite descobrir processos ainda pouco conhecidos referentes a determinados grupos, facilita a construção de novas abordagens, revisão e elaboração de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2004).

Esta abordagem possibilita compreender a relação complexa dos seres humanos com a natureza, com a realidade em que vivem e com o fenômeno em estudo. Isso só é possível quando há conhecimento sobre os indivíduos, utilizando-se a explicação da experiência humana da forma como é vivida e entendida por eles (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O método exploratório se aplica a “estudos que têm por propósito aumentar a familiaridade do pesquisador com um fenômeno, um fato, um ambiente, para realização de uma pesquisa futura mais precisa ou para modificar e clarificar conceitos”. Nessa modalidade de pesquisa, a interpretação dos resultados é baseada nas experiências da vida real dos indivíduos, compreende desde a etapa de construção do projeto até os procedimentos e testes para a entrada em campo. A fase exploratória contém a escolha do tópico da investigação, a delimitação do problema, a definição do objeto e dos objetivos, a elaboração dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, MINAYO, 2010).

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos para a realização desta pesquisa foram assegurados mediante autorização formal do Colegiado da unidade funcional, a que o Pronto Atendimento Adulto pertence.

Os sujeitos receberam informações a respeito da trajetória e objetivos da pesquisa, sendo-lhes facultada a desistência a qualquer momento que desejassem. Foi solicitada a permissão para gravar os encontros em gravador digital, que aconteceram em sala reservada e indicada pela chefia de enfermagem da unidade e acordada com os sujeitos. Atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, APÊNDICE A, foi lido com os sujeitos e, na sequência, assinado por todos aqueles que concordaram participar (BRASIL, 1996).

Para garantir o sigilo e o anonimato nesta pesquisa, os sujeitos foram codificados com as letras “S” (Sujeito), (S.1, S.2...S.17)

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer número 34769, CAAE 02215612.2.0000.0096 (ANEXO A).

3.2. LOCAL DA PESQUISA

O local desta pesquisa foi o Pronto Atendimento Clínico, destinado a pacientes adultos, de um Hospital Geral e de Ensino, de grande porte, da cidade de Curitiba – Paraná.

Este Hospital possui infraestrutura e instrumental técnico, com equipamentos *de ponta* para dar suporte à realização de exames avançados de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos. Conta com uma estrutura física de aproximadamente 66 mil m² de área construída por onde circulam, diariamente, cerca de 11 mil pessoas. Atualmente, adotou o modelo de gestão de unidades

funcionais, proposto pelo Ministério da Saúde para hospitais federais, estaduais e municipais, com base na descentralização administrativa e na corresponsabilidade do corpo funcional.

A categoria de Enfermagem do hospital é composta de 1.100 profissionais, distribuídos entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. O atendimento prestado à comunidade se destina a pacientes oriundos da capital curitibana, da região metropolitana, de outras cidades do Paraná e de outros estados.

O Pronto Atendimento Adulto está vinculado à unidade de Urgência e Emergência Adulta (UUEA), com localização em um prédio anexo ao Hospital. A UUEA é constituída pelas unidades de Pronto Atendimento Adulto (PAA), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro de Terapia Semi-intensiva (CTSI). O Pronto Atendimento Adulto se divide em dois andares: Emergência, situada no andar térreo, e Observação, no primeiro andar.

3.3. SUJEITOS DA PESQUISA

A equipe de enfermagem do Pronto Atendimento Adulto é composta por 54 profissionais, distribuídos em 6 enfermeiros, 8 técnicos e 40 auxiliares, que atuam nos períodos da manhã, tarde e noite (Quadro 1).

PROFISSIONAL	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL
Enfermeiro	2	2	2	6
Técnico de Enfermagem	4	3	1	8
Auxiliar de Enfermagem	8	9	23	40
Total	14	14	26	54

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO PRONTO ATENDIMENTO, SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL E TURNO DE TRABALHO. FONTE: A AUTORA (2013).

Para esta pesquisa, foram convidados a participar os 28 profissionais que atuam nos períodos da manhã e tarde, sendo que 17 foram sujeitos desta pesquisa, entre eles: 6 enfermeiras, 2 técnicos de enfermagem e 9 auxiliares de enfermagem. O recrutamento dos sujeitos foi feito junto com a Enfermeira Chefe da Unidade, com convite individual durante os turnos de trabalho, sendo que 5 auxiliares de enfermagem se recusaram a participar durante o convite, 2 auxiliares estavam de férias, 1 auxiliar de enfermagem, em licença para tratamento de saúde, e 3 não compareceram aos encontros.

Os critérios de inclusão para participar desta pesquisa foram: ser da equipe de enfermagem do PA Adulto, aceitar participar da pesquisa e assinar TCLE e ter condições de participar do Grupo de Discussão.

3.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita com uso da técnica de “Discussão de Grupo” segundo Minayo (2004).

A Discussão de Grupo é uma técnica de coleta de dados que considera relevantes opiniões, percepções e valores dos participantes referentes a um tema específico. Para tanto, esta estratégia deve acontecer com um número restrito de informantes, entre seis a 12, geralmente com a presença de um coordenador, denominado de animador, papel assumido pela pesquisadora. Este, por sua vez, faz intervenções durante o desenvolvimento do grupo a fim de focalizar, aprofundar e manter acesa a discussão por meio do encorajamento dos participantes em expor suas opiniões e ideias, buscar e retomar as falas incompletas, atentar à comunicação não verbal e ao ritmo empregado pelo grupo.

As discussões foram realizadas durante três encontros com dois grupos de profissionais de enfermagem (Figura 1).

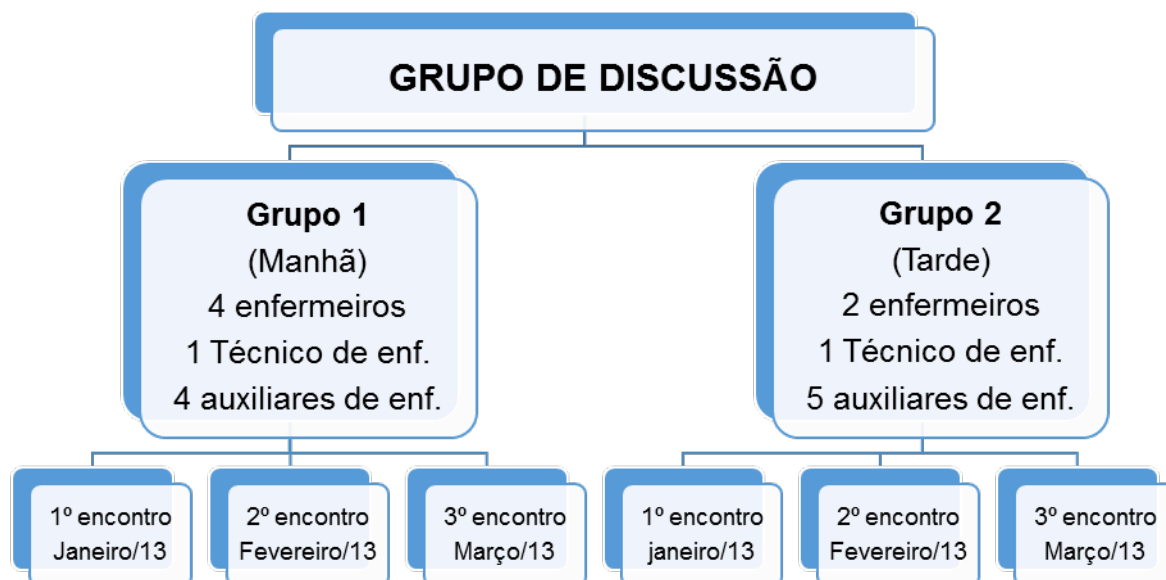


FIGURA 1 – ESQUEMA DE ORGANIZAÇÃO DO GRUPO DE DISCUSSÃO
FONTE: A autora, (2013).

As discussões foram realizadas com base em temas que levassem a atingir os objetivos do estudo. Os encontros ocorreram às sextas-feiras, três no período da manhã, das nove às onze horas, e três no período da tarde, das quinze às dezessete horas. O dia e horário foram determinados pela chefia de enfermagem a fim de facilitar que o funcionário participasse no dia de sua escala de trabalho.

No primeiro encontro, foram dadas informações sobre a pesquisa, feitos esclarecimento de dúvidas sobre a metodologia. Na sequência, para dar início às discussões, foram lançadas, aos sujeitos, perguntas, uma a uma, para que expusessem suas ideias. Cada pergunta era colocada após assegurar que havia esgotado o debate do tema anterior: 1. Como você define o comportamento agitado e/ou agressivo manifestado por um paciente? 2. Como o cuidado de Enfermagem ao paciente com manifestação de comportamento agitado e ou agressivo é prestado no P.A.? 3. Como você considera que deva ser feita a abordagem pela equipe de enfermagem ao paciente com comportamento agitado e/ou agressivo?

Entre o primeiro e o segundo encontros, foram transcritas as falas gravadas dos sujeitos para organizar os dados e clarificar os temas que emergiram.

No segundo encontro, foram apresentados ao grupo uma compilação da transcrição da gravação do primeiro encontro, com o agrupamento das falas sobre comportamento agitado e comportamento agressivo apresentado pelo paciente, e os cuidados de enfermagem. Eles validaram o conteúdo das transcrições e destacaram

os principais temas que permearam a discussão: a abordagem pela comunicação e a contenção física.

Ainda, no segundo encontro, foi lançada a questão: 4. Falem o que vocês sabem sobre a contenção física, os instrumentos/artefatos utilizados, e como é realizada a técnica. Após esgotar o tema da contenção física, foi proposta aos sujeitos e, aceita, a teorização dos temas Comunicação Terapêutica com base no referencial de Stefanelli (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

No terceiro encontro, foram discutidas com grupo 1 e 2 a Contenção Física, com base no Procedimento Operacional Padrão – Protocolo Clínico – Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora (MUSSEL *et al.*, 2012), a Contenção Física para paciente com agitação psicomotora (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012) e a Resolução Cofen nº 427, de 07 de maio de 2012 (COFEN, 2012).

Esgotada a discussão sobre Contenção Física, foi proposto aos sujeitos que traçassem linhas gerais para a organização do cuidado de enfermagem ao paciente com comportamento de agitação e agressividade que contemplasse a contenção física. Os sujeitos concordaram e, como resultado, cada Grupo (manhã e tarde) elaborou uma proposta com conteúdo e formato diferentes. O Grupo da manhã fez um texto com orientações sobre cuidado de enfermagem com enfoque na abordagem inicial ao paciente com comportamento agitado e agressivo. O Grupo da tarde elaborou uma ficha de acompanhamento para paciente em contenção física.

Devido à exiguidade de tempo, a pesquisadora reuniu os apontamentos de ambos os grupos e escreveu uma proposta preliminar, descrita no item Resultados deste relatório, que será apresentada à Chefia de Enfermagem para aprimoramento, em um encontro posterior, que se dispõe a fazer com os sujeitos, a fim de estabelecerem um documento único com diretrizes ao cuidado de enfermagem a pacientes com manifestação de comportamento agitado e agressivo.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise das informações obtidas por meio das Discussões de Grupo com os participantes, foi utilizada a Proposta Operativa de Análise Qualitativa de Minayo (2004), que se caracteriza por dois momentos operacionais: o primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, que é mapeado na fase exploratória da investigação; e o segundo momento denomina-se de interpretativo, pois consiste no ponto de partida e no ponto de chegada de qualquer investigação, representando o encontro com os fatos empíricos.

A fase interpretativa apresenta duas etapas: 1ª. Ordenação dos dados: inclui a transcrição de áudio, releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem, ordenação dos dados da observação, constituição de um “Corpus” a ser tecnicamente trabalhados. 2ª. Classificação dos dados - composta pelos passos: a) Leitura horizontal e exaustiva dos textos: esse foi o primeiro contato entre o pesquisador e os seus dados. Essa etapa inicial de contato com o material de campo exige leitura de cada material, que necessita ser cuidadosamente analisado: frases, adjetivos, concatenação de ideias, sentido geral do texto, captação das estruturas de relevância/ideias centrais, momentos-chave. Busca da coerência interna das informações. Essa etapa é denominada “leitura flutuante”. b) Leitura transversal: leitura do conjunto em sua totalidade, o processo é o de recorte de cada entrevista. c) Análise final: profunda inflexão do material empírico, movimento circular que vai do empírico para o teórico e vice-versa, do concreto para o abstrato e do particular para o geral.

Na fase de *Ordenação dos Dados*, as discussões de grupo foram gravadas (celular e tablet) e transcritas na íntegra. Após a transcrição, foram feitas a leitura do material e a organização dos relatos que se assemelhavam, dando início à Classificação dos Dados. Na fase de *Classificação dos Dados*, foi feita uma leitura exaustiva das discussões de grupo, permitindo apreender a relevância entre as falas, as ideias centrais e a organização das categorias temáticas. Em seguida, foi feita uma nova leitura de cada categoria e foram feitos recortes dos relatos dos sujeitos, os quais foram referenciados nos temas.

A fase de *Análise Final* destinou-se à organização temática dos dados coletados por meio das discussões com os sujeitos, tendo sido confrontados os dados encontrados com o referencial teórico adotado no estudo. É o momento que, segundo Minayo (2010), permite um movimento entre o empírico e o teórico. Dos relatos emergiram as categorias temáticas descritas no item Resultados e discussão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos das transcrições dos três encontros realizados com a equipe de enfermagem estão descritos da seguinte maneira: dados de caracterização dos sujeitos e, na sequência, as três categorias: 1. *Comportamento agitado e agressivo manifestado pelo paciente*; 2. *Cuidado de enfermagem ao paciente com comportamento agitado e agressivo*; e, 3. *Contenção física*.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Sujeitos	Categoria profissional	Sexo	Turno de trabalho	Tempo de trabalho na instituição	Tempo de formação (Anos)
1	Auxiliar de Enfermagem	M	Manhã	10 anos	15
2	Enfermeiro	F	Manhã	18 anos	18
3	Técnico de enfermagem	F	Manhã	10 anos	15
4	Enfermeiro	F	Manhã	18 anos	20
5	Auxiliar de Enfermagem	F	Noturno	2 anos	6
6	Enfermeiro	F	Tarde	28 anos	32
7	Auxiliar de Enfermagem	F	Tarde	1 ano	15
8	Auxiliar de Enfermagem	F	Tarde	7 meses	5
9	Auxiliar de Enfermagem	F	Tarde	22 anos	45
10	Auxiliar de Enfermagem	F	Manhã	10 anos	14
11	Auxiliar de Enfermagem	F	Tarde	1anos	6
12	Técnico de enfermagem	M	Noturno	10 anos	15
13	Auxiliar de Enfermagem	M	Noturno	3 anos	7
14	Enfermeiro	F	Tarde	21 anos	5
15	Enfermeiro	F	Manhã	7 anos	7
16	Auxiliar de Enfermagem	F	Noturno	10 anos	19
17	Enfermeiro	F	Manhã	18 anos	18

QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, SEXO, TURNO DE TRABALHO, TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO E TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
FONTE: A AUTORA (2013)

Dos profissionais de enfermagem da unidade de pronto atendimento estudada, três (17,6%) são do sexo masculino e quatorze (82,4%) do feminino; sete trabalham no turno da manhã, seis da tarde e quatro da noite, porém os profissionais do noturno, nos dias dos encontros estavam em trabalho no turno da tarde. Quanto ao tempo de serviço, desses profissionais, na instituição, seis deles têm entre 7 meses e 6 anos, cinco com 10 anos e seis profissionais entre 18 a 28 anos; 35,3% são enfermeiras, 11,7% técnicos de enfermagem e 53% auxiliares de enfermagem; o tempo de formação na área da enfermagem variou de 5 a 45 anos (Quadro 2).

4.2 COMPORTAMENTO AGITADO E AGRESSIVO MANIFESTADO PELO PACIENTE

Os sujeitos externaram diferença entre agitação psicomotora e comportamento agressivo. O paciente agitado interfere no ambiente e no comportamento dos outros pacientes, não agride, apenas se movimenta, tenta mexer, desconectar materiais e equipamentos, portanto, representa mais risco para a própria integridade física e saúde do que para a dos outros. Contudo, é necessário que a equipe esteja atenta, porque o quadro pode evoluir para agressividade, porém se o paciente agitado recebe uma abordagem verbal adequado da equipe, ele raramente cometerá atos agressivos:

[...] agitado não agride o profissional, ele se movimenta, tenta tirar as coisas, desconectar as coisas, só tem risco para ele, porque pode se machucar (S.1).

[...] o paciente agitado anda de um lado para o outro, não fala coisa com coisa, às vezes, não obedece às orientações que tentamos fazer, aqui na emergência atendemos sempre um ou outro paciente agitado (S.13).

[...] o agitado tenta arrancar tudo, retirar as sondas, retirar tudo, ele não quer agredir como o paciente agressivo (S.5).

[...] é um paciente que não responde devidamente ao comando verbal, é inquieto [...] muitas vezes o paciente está agitado, puxa o monitor e arranca tudo, neste caso ele não quis arremessar o monitor como o agressivo [...] normalmente, os pacientes agitados são aqueles em quem a gente tem que ficar de olho, porque, às vezes, vai desencadear uma agressividade [...] é muito raro o paciente chegar e a gente conversar com ele numa boa e depois estar agressivo, aquele que está mais agitado, mais angustiado,

você já fica mais de foco nele porque provavelmente ele pode apresentar uma agressividade. O paciente agitado não tenta arremessar objetos como o agressivo [...] (S.6).

[...] o agitado muitas vezes transforma todo o ambiente, ele acaba agitando até aqueles pacientes que estão calmos, levanta um tumulto, acaba mudando o comportamento das outras pessoas, às vezes um paciente está esperando o atendimento, mas ele está consciente que vai demorar um pouco, daí chega o paciente agitado, exigindo, e com este comportamento acaba mudando todo o grupo (S.8).

A agitação é entendida como um estado de tensão no qual a ansiedade é manifestada na área psicomotora por meio de hiperatividade e perturbação geral. Nos diagnósticos psiquiátricos, pode ser encontrada na depressão, esquizofrenia, dependência química, intoxicações exógenas, traumatismos crânioencefálicos e em condições clínicas como o hipertireoidismo, hipoglicemia, tumores cerebrais, entre outros (SADOCK; SADOCK, 2007).

A agitação psicomotora faz parte da conduta humana, apresentando-se em diversas fases da vida, sociedades e culturas. Todavia, devido à sua complexidade, o significado de agitação vai além de uma simples questão adaptativa, que pode ser definida, inicialmente, como uma atividade motora excessiva, associada a um sentimento de tensão interna (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Conquanto cada paciente reaja de forma diferente às doenças e à internação hospitalar, do ponto de vista clínico, a agitação psicomotora pode se expressar por meio de alteração da psicomotricidade cujo quadro quase sempre é acompanhado de uma desorganização do estado mental (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Assim, como exposto pelos sujeitos, a agitação psicomotora se caracteriza por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva (BERNIK; GOUVEA; LOPES, 2010). Dependendo do grau de agitação, esses pacientes representam um risco para a integridade física de si próprios, dos outros pacientes e da equipe de profissionais de saúde (MANTOVANI *et al.*, 2010).

Quando os sujeitos referem sobre o risco de os pacientes agitados extraírem cateteres, derrubarem monitores, essas são situações que corroboram um estudo conduzido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital San Carlo, em Madri, o qual descreve que os pacientes agitados são os de maior risco de produzir

outros agravos relacionado aos procedimentos considerados terapêuticos como a retirada de sondas, drenos, tubos endotraqueais e cateteres (MARTIN IGLESIAS *et al.*, 2012).

Para os sujeitos, o paciente com comportamento agressivo encontra-se fora de si e, por isso, passa a representar risco para ele e para os demais que estão no mesmo ambiente. Agrede na forma física, verbal, derruba objetos e equipamentos, se debate. Esse comportamento ocorre quando o paciente agredir pessoas de forma verbal e física e contra objetos, como, por exemplo, chutar porta, cadeira.

[...] o agressivo agredir de forma verbal, te fere, empurra, faz esse tipo de coisas (S.1).

O paciente agressivo chuta a porta, joga a cadeira (S.4).

[...] agressivo fala palavrão, é agressivo em palavras, gestos, fisicamente, ele quer te agredir de alguma forma (S.5).

O [...] agressivo parte, muitas vezes, para o ataque. Você percebe que ele quer te machucar, chutar, aí ele já está agressivo [...] é aquele que visa a causar dano a outro paciente ou até à equipe (S.6).

O comportamento agressivo é um risco para ele e para quem está em torno dele. Na maioria das vezes, o paciente agressivo passa a ser agressivo com ele mesmo, cai da cama, derruba o monitor na cabeça dele, ou machuca a equipe (S.7).

Muitas vezes, você controla de ele agredir fisicamente, mas a agressão verbal não, porque esse paciente grita, xinga, morde, cospe. Ele agita toda a unidade (S.8).

A agressão consiste em sentimentos, pensamentos ou ações hostis ou em forma de ira dirigidos a uma pessoa ou objeto. Aproximadamente 75% de todos os pacientes com diagnósticos de transtornos do humor, em episódios de Mania, apresentam comportamentos agressivos ou ameaçadores (SADOCK; SADOCK, 2007).

Não obstante, não há consenso quanto à definição de agressão ou de comportamento agressivo, mas se trata de um comportamento que resulta em dano pessoal ou patrimonial, cuja intenção é magoar o outro. Desta maneira, observa-se um quadro com comportamento diretamente dirigido ao objeto que se pretende destruir, com o intuito de prejudicar o outro (FRASQUILHO, 2011). Essa afirmação está em acordo com as falas descritas anteriormente pelos sujeitos ao discorrerem

sobre como apreendem o comportamento agressivo externado pelo paciente no seu ambiente de trabalho.

A agressividade pode ser entendida como um limiar mais baixo que a pessoa apresenta para tolerar sentimento de frustração e ameaça, além de emoções negativas, como medo e raiva. Isso resulta na ativação de respostas agressivas a estímulos externos, sem raciocínio adequado ou considerações a respeito das consequências danosas que poderão resultar de tal comportamento (PRADO-LIMA, 2009). Corroborando as falas anteriores dos sujeitos dessa pesquisa, o comportamento agressivo pode se apresentar com hostilidade, por meio de injúrias, ou mesmo destrutivo (SIEVER, 2008).

Algumas formas de agressão podem ser consideradas premeditadas, podendo ocorrer com a utilização de objetos que o sujeito escolheu para ter êxito no seu intento (SIEVER, 2008). O que vem a reforçar as falas dos S.1, S.4, S.6 e S.8, que externaram as diversas formas de agressão que observam durante os atendimentos no Pronto Atendimento.

A agressividade pode ser identificada pelas seguintes características: ameaças verbais ou físicas, mudanças na voz, como entonação, oscilação, fala rápida ou hesitante, comentários de desrespeito, arremesso de objetos para o alto ou mesmo golpes a objetos ou a pessoas, ideação suicida ou homicida, automutilação, invasão do espaço pessoal, aumento significativo da agitação ou irritabilidade, distúrbio do pensamento, percepção, interpretação incorreta de estímulos, raiva desproporcional em relação a um evento (MONTEIRO; SOUSA, 2004).

Os sujeitos relataram como comportamento agressivo o ataque na forma física ou verbal, com uso de força direcionada a objetos ou a outros. Esses comportamentos estão descritos na literatura como violência, atos praticados contra outra pessoa, contudo, a agressividade resulta na intenção de ferir o outro, podendo ou não finalizar com um comportamento violento. Sendo assim, violência e agressividade podem ser constituídas de atos físicos e ou psíquicos contra si mesmo ou outras pessoas (SADOCK; SADOCK, 2007).

As falas dos sujeitos corroboram a literatura, que mostra que o comportamento agressivo é classificado de várias formas. Quanto ao alvo, a agressão pode ser autodirigida ou dirigida a outra pessoa; quanto ao modo, ela pode

ser física ou verbal, direta ou indireta; e quanto à causa, por exemplo, ela pode ser por causas clínicas e ou orgânicas (SIEVER, 2008).

Os sujeitos referiram que quando um paciente apresenta agitação nem sempre se consegue identificar se este quadro é devido a um transtorno mental, pois existem dificuldades nessa informação, na abordagem inicial. Deste modo, todo paciente agitado ou agressivo é atendido da mesma forma, entendendo que se ele procurou um Pronto Atendimento Clínico é porque seu motivo de busca por assistência é devido às condições clínicas gerais, como diabetes, hipertensão, algum agravo endócrino, entre outros.

[...] sempre que vem um paciente para nós é sempre na porta de entrada, é um paciente clínico. Se tiver um componente psiquiátrico, não sabe naquele momento, vai saber depois, mas, inicialmente, ele veio para ser atendido por causa de uma dor. Às vezes, é paciente que está em tratamento de depressão ou outra patologia e naquele momento não tem como saber [...] de imediato não, é um paciente que pode estar agitado por rebaixamento de nível de consciência, por dor, por hiperglicemia, por hipoglicemia (S.4).

[...] demora a identificar se ele está agitado por um componente psiquiátrico ou outra condição clínica, porque ele chega aqui por fatores clínicos e até chegar à conclusão que não é somente o diabetes, hipertensão ou fator endócrino, hepato que faz aquelas confusões demora, certo. Então o paciente agitado e confuso é atendido de maneira geral, todos do mesmo modo (S.2).

[...] pode ser uma exacerbação clínica, um processo de patologia, uma insuficiência hepática, por exemplo, faz confusão, o paciente neurológico, toda essa agressividade tem uma causa (S.6).

[...] acontece de chegar muita gente com dosagem errada de medicação e isso era a causa da agitação (S.5).

[...] já aconteceu de vir uma paciente psiquiátrica, ela tinha pegado a medicação na unidade de saúde onde ela faz o controle [...] ela veio muito agitada e até um pouco agressiva, vieram ela e a mãe, que era uma senhora de idade [...] ela estava num estado tão fora dela que não conseguiu, não queria sair da sala, tava agitando demais [...] conversando com a mãe e com ela, peguei a medicação, olhei no rótulo e verifiquei a dosagem, estava tudo certo, mas quando ela me contou como tomava o remédio, concluí que tomava a metade da dose prescrita, então, aquela quantidade não estava sendo suficiente para ela. Expliquei e aí ela parou e disse então é por isso que eu não estou bem [...] (S.3).

Os profissionais que trabalham nos serviços de emergência devem considerar uma ampla faixa de condições clínicas que podem explicar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente que busca o serviço. São queixas mais comuns as das categorias da ansiedade, depressão, mania e transtorno do

pensamento. Ainda assim, essas condições podem se sobrepor e ter múltiplas causas (SADOCK; SADOCK, 2007).

A agitação e a agressividade são manifestações psicopatológicas complexas, porém inespecíficas, e podem ser provenientes de condições clínicas variadas, havendo necessidade de os profissionais terem como base o conhecimento de diagnósticos diferenciais como hipoglicemia, hiperglicemia, infecções, uremia, insuficiência hepática, hipóxia, sepse, hipotireoidismo, meningite, acidente vascular cerebral (MANTOVANI *et al.*, 2010; JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012). As etiologias descritas na literatura sobre agitação e ou agressividade fazem parte do dia a dia dos sujeitos desta pesquisa, conforme seus relatos.

Conforme relato dos sujeitos, em geral, os pacientes que chegam para serem atendidos na sala de emergência não são conhecidos da equipe. Contudo, um aspecto importante a ser considerado na avaliação de um paciente com comportamento agitado ou agressivo é o fato de que essas alterações de comportamento podem ocorrer por patologias que não, necessariamente, apontem para um transtorno mental. Sendo assim, o comportamento agitado, muitas vezes não decorre de transtorno mental prévio, sendo que a busca de dados clínicos e a avaliação são tarefas complexas para os profissionais do serviço, porém são habilidades exigidas para a elucidação da agitação psicomotora no momento da investigação (MANTOVANI *et al.*, 2010; JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Com o surgimento dos psicofármacos, as queixas do paciente nunca devem ser ignoradas, pois elas podem indicar o início de uma complicação clínica. O enfermeiro deve observar cuidadosamente o comportamento do paciente e ouvir seus relatos e possíveis queixas com atenção. A maioria dos psicofármacos provoca uma gama de efeitos colaterais que devem ser observados, entre eles, boca seca, visão turva, alterações cardiovasculares, diminuição do hábito intestinal, retenção urinária, disfunção sexual, hipotensão postural e tontura. É importante que os familiares do paciente sejam orientados sobre a importância do controle ambulatorial e a necessidade de adquirir o medicamento antes que acabe, pois a sua suspensão abrupta pode provocar sintomas graves e desagradáveis ao paciente (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

A agitação psicomotora e o aumento da ansiedade surgem em até 15% dos pacientes nos primeiros dias de uso de algumas medicações psiquiátricas e, isso, pode levar o paciente a descontinuar o tratamento (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012). Ressalta-se que, de acordo com a observação e habilidade do S.3, pode-se perceber a refinada importância do cuidado deste profissional de enfermagem, que se apresentou com uma postura de conhecimento, comunicação e paciência voltada ao paciente com transtorno mental atendido na unidade de emergência de um hospital geral. Este profissional apresentou uma atitude positiva e adequada quando considerou paciente e familiar durante todo o atendimento, mostrando ser sensível e estar de acordo com a multidimensionalidade do ser humano.

Os sujeitos apontaram que a agitação do paciente pode ser desencadeada por outras questões, além de acometimentos por transtorno mental, condições clínicas gerais, interrupção do uso de medicamento. Esta agitação pode ser devida ao desconforto, estresse, cansaço no itinerário de busca de definição para o seu problema de saúde, influência de outros pacientes agitados no mesmo ambiente, medo de não ser atendido, entre outros fatores.

[...] era a falta de definição do problema dela, porque ela já estava há quatro meses entre CMUM, HC, HC, CMUM, [...] faz exames e descarta aquela possibilidade diagnóstica, continua com dor e dizem que não é bem essa doença que tem, daí descarta aquela outra possibilidade, retorna novamente para lá. Passa o efeito das medicações e tem de voltar para [...] vai para casa, vem para cá, faz o caminho inverso novamente, então a falta de definição deixava ela agitada e chorava bastante (S.2).

[...] muitas vezes ele já chega estressado internamente, assim, você tem que ter um jogo de cintura muito grande, primeiramente para acalmar o paciente (S.8).

[...] ver quanto tempo ele já está com aquela patologia, que ele vem de um ambulatório, vem de um posto de saúde, ou de um 24 horas e que a doença dele não começou ontem, isso está há muito tempo nesse vaivém e ele já está estressado e agitado com o nosso sistema de saúde (S.7).

[...] muitas vezes o paciente chega com medo de não ser atendido, ele acha que vai receber um não. Tem medo por ser SUS, aquele com a procura direta eu acho que chega armado com palavras, se ele não me atender eu vou na ouvidoria, vou procurar o ministério público (S.8).

[...] eles vão ficar mais agressivos, irritados porque vão esperar umas doze horas para serem avaliados por outra especialidade (S.2).

Destaca-se que que o cuidado ao paciente não se esgota no diálogo entre profissional e paciente, pois, conforme as falas dos S.2, S.7 e S.8 e com base na literatura, as dificuldades relativas ao funcionamento institucional, como a demora nas filas de espera, excesso de demanda e falta de recursos para diagnóstico e tratamento, são problemas que exercem grande impacto nos profissionais que trabalham nas instituições e nas pessoas que buscam atendimento, emaranhando-se em uma estrutura que parece jogar uns contra os outros (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012), o que confirma aspectos relatados por S.8.

De acordo com o argumento de S.2, a literatura reforça que a falta de informações adequadas sobre a condição de saúde do paciente aumenta significativamente a ansiedade, a sensação de impotência e o desamparo sentido por ele. Não existe outra forma de se inteirar de quais temores e sentimentos mais afetam e afligem o paciente, bem como o significado e as dificuldades que o adoecimento traz para aquela pessoa, a não ser ouvindo-a com disponibilidade de tempo, sem crítica à pessoa que se encontra doente (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012). O S.8 externou, por meio da fala, “jogo de cintura”, disponibilidade em ouvir e entender como o paciente chega estressado no serviço e, por meio de sua atitude profissional, tenta acalmá-lo.

A providência de informações, na medida da necessidade e da compreensão do paciente, é fundamental. Devem ser explicadas a natureza e a razão dos diversos caminhos a serem percorridos, bem como os procedimentos a que irá ser submetido e as ideias errôneas que ele tem a respeito da sua condição de saúde, do tratamento, do sistema de saúde, entre outras, que devem ser corrigidas pelos profissionais (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

As falas, a seguir, explicitam que o paciente pode apresentar comportamento agressivo para obter ganho secundário e há aqueles que tentam manipular a equipe com choro imotivado:

[...] a agressividade vem quando ele não recebe tudo que quer, porque, às vezes, ele chega exigindo as coisas, e acaba se tornando agressivo. Acho que ele começa agitado, depois, caso ele não consiga ou mesmo o quadro dele não é resolvido, ele se torna agressivo (S.8).

[...] um choro, a pessoa chega conversa com você e diz uma coisa, na hora que chega na frente do médico, ela diz uma outra coisa e começa a chorar, para conseguir que aquele atendimento seja satisfatório para ela, daí ela sai da sala, olha para você e diz que até, chorei, mas ele me atendeu, quer dizer, manipulou (S.3).

Comportamentos inadequados, manifestados por pacientes, que podem evoluir para agitação ou para agressividade, são comuns no atendimento de um hospital geral. Tais pacientes são denominados, na literatura, como difíceis ou mesmo “paciente problema”. Em resposta a uma necessidade, eles podem chegar a agir de modo sedutor com relação ao profissional, frequentemente mostram-se muito emotivos e íntimos em suas interações com os profissionais. Esse tipo de comportamento é denominado histriônico ou mesmo comportamento manipulador (SADOCK, SADOCK, 2007; JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012), o que sugere o comportamento de manipulação apresentado na fala do S.3.

Deve-se atentar para a possibilidade de o paciente sofrer de um transtorno de personalidade, cujas defesas psicológicas são utilizadas como uma resposta comportamental. Em tal resposta, o paciente pode apresentar atitudes arrogantes e necessidade de maior demanda por cuidados, além de uma variedade de pequenas a grandes exigências, sem reconhecer os esforços da equipe no seu atendimento. Algumas características encontradas nesses pacientes que costumam dificultar ou impedir sua adaptação são, por exemplo, a desconsideração pelo próximo, violação das regras de convívio social, repetidas acusações e ameaças, tendência a manipular as pessoas (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Denomina-se comportamento exigente e impulsivo quando o paciente tem dificuldade para protelar a gratificação. Por isso, ele pode se tornar extremamente exigente quanto ao imediato alívio de seu desconforto, frustrando-se facilmente e tornando-se petulante ou até mesmo furioso e agressivo. Essas atitudes se evidenciam mais claramente quando não obtém o que querem no mesmo momento. Para reforçar a fala de S.8, a literatura aponta que, por detrás desse padrão de comportamento, pode estar o medo de jamais obter dos outros o que precisa, evoluindo, deste modo, de maneira inadequadamente agressiva (SADOCK; SADOCK, 2007).

Vale ressaltar que pacientes portadores de transtornos mentais tem risco maior de sofrer de doenças físicas e pessoas com doenças físicas têm maior risco de apresentar sintomas mentais. Por essas questões, é imprescindível que os profissionais se mantenham atualizados para reconhecer e lidar tanto com as repercussões psicológicas do adoecimento quanto com a possível presença de

causas orgânicas subjacentes aos sintomas psiquiátricos (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Os sujeitos enfocaram que o comportamento agitado e agressivo representa uma situação de emergência com dois enfoques: no primeiro, S.2 atribui que as atitudes expressadas podem ser devidas a uma condição clínica com possibilidades de evoluir para agravamento do estado de saúde; no outro, o comportamento agitado pode, na continuidade, ser acompanhado de atos agressivos e, nessa condição ou mesmo antevendo que a agressividade seja desencadeada, o paciente deve receber contenção física.

[...] é uma situação de emergência porque a agitação pode ser por um distúrbio metabólico e se ele não for atendido o mais breve possível, pode levar uma piora do quadro clínico (S.2).

Aquele agitado também é emergência porque, dependendo do emocional ou da clínica dele, ele pode se tornar um paciente agressivo [...] porque vejo chegar muito paciente que, olhando você, diz que está estável, mas um pouco agitado, às vezes pela dor, ou por algum outro motivo, ele se torna dependendo da situação, da demora ou da falta de resolução ele se torna agressivo, sai chutando cadeira, discute [...] (S.3).

[...] dependendo do caso, quando tem a eminência de causar dano corporal a ele ou a outro é uma questão emergencial, deve ser contido porque pode ter lesões mais graves, então agressividade e agitação você tem que ficar de foco [...] tem aquele paciente que tem um quadro e começa evoluir com agitação e posterior agressividade (S.6).

[...] um paciente agitado e confuso tem que ser contido porque ele não vai ouvir o que você diz, ele não vai entender o que você vai dizer para ele, se ele tá confuso, ele não sabe o que está fazendo (S.7).

Uma emergência psiquiátrica se caracteriza por qualquer alteração nos pensamentos, sentimentos ou comportamentos para a qual a intervenção terapêutica imediata é necessária. Por uma variedade de razões, como a crescente incidência de agressividade, causas orgânicas com alteração do estado mental, a epidemia da dependência do álcool e outros transtornos relacionados a substâncias, o número de pacientes de emergência está aumentando (SADOCK; SADOCK, 2007), o que vem a validar as falas dos sujeitos quando exteriorizam que mudanças súbitas de comportamento têm uma causa, um foco principal.

As alterações de comportamento de agitação psicomotora e de agressividade são situações frequentes no dia a dia dos serviços de emergência (VASQUES, 2007). Os comportamentos agressivos são difíceis de serem previstos,

embora existam fatores identificados como preditores, portanto, a primeira atitude, ao se avaliar essa manifestação de comportamento, é buscar determinar sua causa, visto que esse entendimento direciona o tratamento, o que exige o estabelecimento de um raciocínio clínico voltado para o diagnóstico diferencial (SADOCK; SADOCK, 2007; MANTOVANI *et al.*, 2010, JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012). Conforme a fala do S.6, a observação constante e o julgamento clínico fazem parte do manejo do paciente com comportamento agressivo no serviço de emergência.

O S.7 mostrou consonância com a literatura, pois os pacientes em meio a um episódio de agressividade não prestam atenção às intervenções racionais de outras pessoas e, provavelmente, também não as ouvem (SADOCK; SADOCK, 2007). Com base nesse entendimento, um contraponto pode ser feito entre as falas acima, que mostram prontamente o uso de contenção física a paciente agressivo, à luz da literatura. Nesta situação, antes de qualquer utilização de contenção física, propõem-se medidas de cuidados antecipatórios, como mudanças organizacionais e ambientais, bem como a utilização da comunicação terapêutica com o intuito de minimizar o uso de contenções físicas (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; MANTOVANI *et al.*, 2010).

Em consonância com as falas dos sujeitos desta pesquisa, caso as tentativas de abordagem não sejam suficientes para conter o comportamento agressivo, que ainda apresenta risco para integridade física do paciente, para os demais pacientes, seus acompanhantes, profissionais envolvidos no tratamento e também para o patrimônio, o uso de contenções físicas torna-se necessário para a proteção do paciente (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008, MANTOVANI *et al.*, 2010).

4.3 CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMPORTAMENTO AGITADO E AGRESSIVO

Ao discorrerem a respeito do cuidado de enfermagem que é desenvolvido ao paciente com comportamento agitado e agressivo, os sujeitos falaram sobre o diálogo, a conversa, a escuta e a observação como primeiras ações que realizam.

Enfatizaram que procuram informar o paciente sobre o que está ocorrendo e o que irão realizar e, que agindo assim, facilita observar seu nível de consciência. Tentam manter um membro da família junto ao paciente, que pode ajudar a acalmá-lo. Citaram outros procedimentos, como a contenção física, elevação das grades do leito, medicação, exames e, que isso ocorre, dependendo do caso.

[...] elevar as grades da cama para preservar a integridade física do paciente, deixar o acompanhante junto ajuda a observar e nos chamar se precisar em uma intercorrência (S.2).

[...] conversa com o paciente agitado, de repente percebe que a agitação ou agressividade vai diminuindo com a presença e a conversa do profissional. É muito raro o paciente chegar e a gente conversar com ele e depois ele estar agressivo (S.3).

[...] vai depender da situação, se está agitado e consciente [...] maior emergência, mais imediata é aquele que vem agitado e está perdendo o nível de consciência, então passa esse paciente para a sala de emergência ou consultório [...] faz dextro para ver se é de hipo ou hiperglicemia. Conter de imediato a não ser que esteja oferecendo um grande risco para o próprio paciente, até que possa ser examinado, possa ser cuidado, que se estabilize, daí é uma sequência, é feito alguma medicação prescrita, para depois conseguir fazer o exame físico, encaminhar para uma tomografia, vai depender de cada caso de como o paciente vai entrar. [...] a presença do familiar é bem importante, porque a pessoa sentindo o familiar próximo e ouvindo a gente pode deixar ele mais calmo (S.4).

A abordagem inicial é o diálogo porque é muitas vezes no diálogo que ele expõe o problema e você consegue trabalhar aquele problema, então na abordagem inicial você tem que dialogar [...] os pacientes agitados [...] às vezes vão desencadear uma agressividade e, daí tem que se pensar em contenção física, quando estiver na iminência de causar dano corporal a ele ou a outro [...] por isso deve ser contido porque pode ter lesões graves (S.6).

[...] dialogar, conversar sempre antes de qualquer atitude que a gente tem que fazer, a equipe de maneira geral tenta conversar (S.7).

[...] quando está agitado, em todos os momentos que posso, aviso onde ele está, o que estamos fazendo, quem somos, tento atualizá-lo e também verifico o nível de consciência dele, com isso consigo perceber o quanto ele pode nos ajudar, vou à busca de informações, se ele está com dor, se tem diabetes, hipertensão, mantenho as grades elevadas. A gente sempre tenta dialogar, eu acredito nisso antes mesmo de fazer alguma outra coisa, contenção física, administração de medicamentos (S.9).

[...] converso, aviso tudo o que vamos fazer, tento deixá-lo mais tranquilo, falo de exames que vão ser feitos, da coleta (S.10).

[...] o paciente agitado, se eu vou com jeito, tento conversar, explicar o que está acontecendo, percebo que eles colaboram muito mais, ficam mais tranquilos [...] (S.13)

[...] o diálogo e escuta são os primeiros a serem usados, principalmente para o paciente agressivo [...] sempre procuro que um familiar fique perto, porque ele pode acalmar o paciente que está agitado (S.14).

O cuidado do visual, a abordagem visual é muito importante, observação (S.1).

De acordo com as falas dos sujeitos e segundo Vasques (2007), para cuidar do paciente agitado a comunicação é o que há de mais importante. O modo como lidar com o paciente é um dos fatores primordiais no desfecho final desse comportamento.

Para Stefanelli, Fukuda, Arantes (2008), antes de pensar em qualquer cuidado ao paciente, é necessário ter em mente que as manifestações de comportamento apresentadas são decorrentes de seu transtorno e que esse comportamento pode ser modificado, dependendo da atitude da equipe de enfermagem em relação a ele.

Estabelecer relacionamento significativo com o paciente é a principal função da comunicação terapêutica no cuidado de enfermagem. É por meio do relacionamento que o profissional de enfermagem acolhe o paciente e a família. Por meio do cuidado individualizado, obtêm-se dados fidedignos sobre o paciente, sua doença, suas necessidades, sentimentos e pensamentos e determina as necessidades do cuidado a ser prestado (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Loyola (2008) compreende que existe um cuidado que deve fazer parte de todos os momentos da enfermagem em saúde mental que traz como alicerce o diálogo, o interesse pelo que o paciente sente e como ele pretende agir em relação à solução ou mesmo ao enfrentamento de seus problemas. Esse cuidado deve ser antecipatório a todas as demais práticas que venham a ser sugeridas ou realizadas para o paciente. Se o profissional agir dessa maneira, ele terá aumentado as chances de colaboração do paciente, pois nesse momento ele foi considerado, ouvido e compreendido. O diálogo verdadeiro também tem a capacidade de agir como dissipador de medos e preocupações para qualquer pessoa. Corroborando essa autora, S.6 apresenta uma postura acolhedora, de escuta e de respeito na primeira abordagem para minimizar o comportamento agressivo do paciente.

O cuidado de enfermagem ao paciente com manifestação de comportamento de agitação psicomotora e agressividade exige que os profissionais

desenvolvam habilidades e conhecimentos da comunicação terapêutica. Algumas intervenções/cuidados gerais de enfermagem são imprescindíveis para o atendimento ao paciente com comportamento agitado e/ou agressivo, estando de acordo com as falas dos participantes desta pesquisa. Entre as intervenções/cuidados, estão providenciar atendimento imediato; colher dados essenciais para o atendimento inicial; dirigir-se ao paciente, chamando-o pelo nome e aos familiares ou acompanhante, informando-lhes o que está sendo feito; manter o paciente em observação contínua, deixando-o falar livremente. Essa atitude de deixá-lo falar livremente mostra a possibilidade do profissional de ouvir, na expectativa do profissional desenvolver a competência da comunicação terapêutica, de ouvir reflexivamente (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

A comunicação é o elemento básico para o desenvolvimento do cuidado nas interações entre enfermeiro, paciente e família. Para isso, ela precisa ser utilizada de forma consciente e planejada. Agindo dessa maneira, o profissional irá torná-la com efeito terapêutico, condição essa percebida e expressada por S.3 e S.13, conforme relatos anteriores (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Estabelecer relacionamento significativo com o paciente é a principal função da comunicação durante o cuidado de enfermagem, conforme as falas dos S.6, S.7 e S.14, sendo por meio desse relacionamento que o profissional acolhe o paciente e a família, coleta dados importantes para o tratamento e, agindo assim, sabe mais de sua doença. O desenvolvimento deste processo permite ao profissional satisfazer as necessidades do paciente de inclusão e afeição, com a sensação de o paciente ser tratado como pessoa (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Em todas as falas acima, os sujeitos mostraram que, durante o atendimento ao paciente com comportamento agitado e/ou agressivo, podem disponibilizar uma das estratégias terapêuticas de comunicação como a flexibilidade, na qual o profissional de enfermagem consegue se ajustar às condições esperadas e inesperadas do cliente. A flexibilidade exige do profissional capacidade para observar, perceber mudanças no comportamento do cliente, compreendê-las e reagir pronta e adequadamente (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Na intervenção inicial ao paciente, são considerados e oferecidos assistência e cuidados em geral, acolhimento, escuta, hospitalidade e avaliação se

o paciente apresentar risco de passagem de agitação motora para um comportamento agressivo e agitação intensa (MUSSEL *et al.*, 2012). Percebe-se que estes cuidados são também disponibilizados no local de pesquisa, conforme relatos dos sujeitos.

Ressalta-se que a forma de cuidado do visual referida por S.1 pode ser entendida como a comunicação não verbal, na qual a observação é essencial. Este modo não se expressa por palavras, mas envolve a postura corporal, gestos, fisionomia, forma de agir. Algumas reações apresentadas pelo paciente podem subsidiar dados importantes para o planejamento e o desenvolvimento de ações preventivas ou emergenciais, pela equipe de enfermagem (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Assim, cabe ressaltar que não se pode falar em saúde e enfermagem sem se reportar à comunicação. O ato de cuidar em enfermagem envolve seres humanos que não existem sem a comunicação, por esse motivo o profissional deve saber se comunicar de forma terapêutica e adequadamente para oferecer ao outro um cuidado de qualidade (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Os sujeitos deixam explícito que a forma como o profissional estabelece a comunicação respeitosa e interessada com o paciente, por exemplo, ao explicar o que está sendo feito, onde ele está, surte resultados como diminuir ou erradicar a agitação, até porque o paciente por vezes já adentrou o P.A. em estado de agitação. O S.2, ao explicar que a comunicação com o paciente é importante, faz esforço em exemplificar a forma como deve ser iniciada a abordagem verbal, que o paciente deve ser esclarecido onde está e que o profissional tem a intenção de ajudá-lo, mas que para isso ele precisa se tranquilizar.

Primeiramente é conversar para tentar criar um vínculo de confiança com o paciente. Informar que ele está no hospital X, que deseja ajudá-lo, que ele se tranquilize, tenha paciência (S.2).

[...] tem que explicar para ele ver o que ele está procurando aqui no hospital [...] (S.7).

[...] primeiramente ser educado, explicar da melhor forma possível como funciona o serviço, muitas vezes vai ter que aguardar para ser atendido, por ventura se o quadro dele complicar, ele vai ter um atendimento priorizado. [...] Eu acho que essa atitude deixa ele não ficar muitas vezes agressivo ou agitado porque ele na maioria das vezes chega agitado [...]. Acho que tem que respeitar a opinião do paciente, porque ele é a pessoa que mais se conhece (S.8).

Tem que respeitar a queixa dele (S.10).

O S.3 refere que se comunica com o acompanhante do paciente a fim de obter informações sobre o comportamento habitual deste paciente:

[...] sempre procuro conversar com a pessoa que está acompanhando para saber se o normal do paciente é aquele e desde quando ele está apresentando aquele comportamento agressivo (S.3).

Não existe outra forma de entender quais temores e sentimentos que mais afligem o paciente, bem como o significado e as implicações que o adoecimento pode trazer, a não ser ouvindo-o com disponibilidade de tempo e reflexivamente, respeitando as ideias e os sentimentos expressos, sem expressar opiniões pessoais ou críticas. Com esse comportamento, o profissional mostra que o paciente é compreendido com uma atitude empática de não julgamento e de respeito (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008, JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

As falas de S.8 e S.10 mostram que as abordagens atuais desses profissionais expressam o que a literatura preconiza. Ademais, em estudo realizado neste mesmo local de pesquisa, os sujeitos referiram que não sabiam utilizar a comunicação em situações de emergências psiquiátricas com pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica e com manifestação de agressividade, inclusive citaram como exemplo o atendimento aos pacientes potencialmente suicidas e os com agitação psicomotora (PAES, 2009).

Os sujeitos, S.8 e S.9 relataram que o cuidado a paciente com manifestação de comportamento agitado e/ou agressivo precisa ser melhorado na instituição e citam a inserção de protocolos e educação continuada neste tema.

Acho que tem que conhecer bastante e com isso ter educação continuada, mais participação, senão quebra todo um ciclo, isso é complicado (S.8).

[...] a contenção deve ser estudada, deve ser revisada de tempo em tempo porque a contenção é um meio de proteger o paciente e os outros (S.9).

As inquietações expressas pelos sujeitos corroboram Stefanelli, Fukuda, Arantes (2008) quanto a manter a enfermagem no mesmo patamar que outras categorias da equipe multidisciplinar. Elas propõem a existência de

programas de educação continuada com o objetivo de manter os profissionais atualizados, estimulando-os a trabalhar em equipe interdisciplinar com respeito mútuo, considerando a coerência e a complementaridade dos papéis, estabelecendo intercâmbio científico, promovendo o incentivo à pesquisa, publicações e produções científicas, originando grupos de estudo sobre a prática de enfermagem em diversos níveis.

A instituição de protocolos de segurança do paciente permite reduzir agressões contra profissionais de saúde e garantir a segurança do próprio paciente. É fundamental que todos os membros da equipe envolvidos no manejo do comportamento agitado ou agressivo avaliem, conjuntamente, cada decisão tomada, cada abordagem e procedimento realizado. Quanto mais estudo e experiência da equipe, mais segura e adequada será a conduta adotada pelos profissionais frente a episódios de agitação e agressividade (MANTOVANI *et al.*, 2010).

4.4 CONTENÇÃO FÍSICA

A contenção física é a última opção utilizada no cuidado ao paciente com manifestação de agitação e agressão. Somente é realizada quando o paciente oferece risco para si ou para outros e que, também, traga benefício a ele.

(...) a contenção física é a última coisa que se faz, mas dentro da possibilidade de trazer um benefício para o paciente [...] para ele não se machucar, puxar monitores, por exemplo, puxar o monitor, puxar bomba, se puxar pode fazer um trauma crânio-encefálico e pode levar esse paciente a óbito, então a gente tem que fazer o máximo para preservar a integridade física dele (S.9).

Conter de imediato somente se estiver oferecendo um grande risco até para o próprio paciente (S.4).

Tanto as falas dos sujeitos quanto a literatura mostram que a contenção física deve ser o último recurso que a equipe utiliza. A contenção física também pode se constituir na única forma possível de abordagem, até que sejam estabelecidas outras medidas para evitar que o paciente coloque em risco sua integridade física, a de familiares e acompanhantes e da equipe. A contenção física é um procedimento

que deve ser determinado como medida de proteção do paciente e dos outros, e somente ser aplicada como forma de benefício e tratamento (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; MANTOVANI *et al.*, 2010; JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Percebe-se, nas falas dos sujeitos, que não existe disponibilidade de materiais próprios a serem utilizados quando há necessidade de realizar a contenção física, e que os profissionais improvisam com ataduras de gaze, compressas, faixas, lençol.

[...] não tem material próprio, às vezes têm aquelas faixas que o Samu usa, elas são acolchoadas, mas nem sempre tem [...] a gente não tem do serviço, a lavanderia não manda [...] acaba fazendo a contenção com atadura, com proteção de uma compressa (S.4).

Eu costumo usar compressa e atadura (S.6).

[...] a técnica é aquela que a gente aprendeu na escola, faz, põe os dois dedos para não fazer o garroteamento, e quando é joelho ou tórax, que às vezes o paciente está muito agitado e precisa, faz com o lençol (S.4).

Outra questão apontada por S.12 é que, devido à falta de material específico e adequado, é feita contenção somente em punhos e tornozelos para evitar causar danos em certas áreas do corpo. Isso nos chama a atenção porque é imprescindível evitar contenções em articulações pelo risco de provocar luxação nessas áreas. Na contenção feita de maneira inadequada ou incompleta, deixando, por exemplo, o tórax e o abdome livres, mas as pernas e braços contidos, o esforço que o paciente faz para se mover, se soltar ou mesmo se debater pelo estado de consciência alterado em que se encontra, pode causar mais malefícios do que benefícios a ele. Assim, um recurso que poderia ser terapêutico se transforma em teratogênico.

Faz com o lençol, e daí acho que com o lençol é mais preocupante, porque pela fricção do paciente agitado, pode fazer lesões na axila [...] a gente evita fazer [...] geralmente é mais no punho e tornozelo com atadura, põe compressas, quando tem as faixas, usam-se as faixas (S.12).

Percebe-se, pelas falas dos sujeitos, que não há consenso naquele serviço sobre como realizar o procedimento da contenção física, tampouco o tipo e disponibilidade de material e ambiente para o cuidado do paciente com comportamento agitado ou agressivo. Contudo, essa falta de diretrizes ou

protocolos, possivelmente está relacionada à escassez de estudos voltados para a avaliação e eficácia desse procedimento.

Há um grande desafio na conduta de comportamentos agressivos e agitação psicomotora no que se refere a aplicar uma abordagem que garanta a segurança, mantendo a dignidade do indivíduo e evitando o uso indiscriminado da contenção, pois também se reconhece que o uso desses procedimentos pode gerar efeitos físicos e psicológicos danosos ao paciente (ARAÚJO *et al.*, 2010; MANTOVANI *et al.*, 2010).

Existe uma crescente preocupação para que se busquem alternativas para a contenção do paciente agitado. No entanto, a falta de protocolos e de estudos comparando seus resultados dificulta a criação de alternativas viáveis (JACINTHO; STELLA; LAURITO JR, 2012).

Os sujeitos enfatizam que a contenção física não deve prejudicar, ela é, antes de tudo, um recurso para ajudar. Nesta perspectiva, foram apontados alguns cuidados que devem ser feitos, como a observação e a avaliação contínua do paciente durante o tempo em que estiver contido para evitar danos físicos.

A contenção não deve causar dano (S.7).

Deve ser avaliado periodicamente, porque muitas vezes ele chega a agitar tanto de cortar os pulsos pela contenção (S.2).

A contenção física precisa constantemente de avaliação para evitar ferimento porque ele acaba se cortando, houve uma vez o relato de um caso que fez uma lesão de plexo braquial porque aquele paciente contido merecia uma avaliação (S.8).

Em conformidade com as falas dos sujeitos, a contenção física é um procedimento que, se não realizado com critérios bem definidos e seguros, pode desencadear complicações que vão além de um trauma psicológico. Podem, também, acarretar complicações clínicas graves como desidratação, diminuição da perfusão das áreas contidas, lesões de pele, fraturas, depressão respiratória e até mesmo evoluir para óbito (MANTOVANI *et al.*, 2010).

A vivência anterior, na mesma instituição, relatada por S.8 e S.10, de um paciente com a ocorrência de lesão decorrente de uma contenção física, levou os sujeitos a refletir sobre a necessidade de avaliação e observação contínua do paciente. Relataram que sentiam a necessidade e a importância de discutir

temáticas que sustentassem o cuidado de enfermagem a pacientes com manifestação de comportamento agitado e/ou agressivo. Reconheceram que têm pouco conhecimento sobre o procedimento da contenção física na presença de pacientes com manifestação de comportamento agitado e/ou agressivo e se preocupam como esse cuidado, que deve ser desenvolvido na unidade de pronto atendimento.

[...] tivemos um paciente aqui na unidade que veio com lesão de plexo braquial decorrente de contenções, e isso é preocupante. Acho que tem que prestar mais atenção quanto aos cuidados (S.10).

Eu me preocupo com isso mesmo porque não há uma definição do tempo de contenção física [...] pode ficar seis, cinco, duas ou dez horas, porque é desconfortável, mesmo o paciente estando sedado ou não ficar muito tempo contido [...] deve haver um período que tenha soltar essas contenções e eu gostaria de saber [...] acho que contenção física pode gerar problema para o paciente, acho que o médico deveria ver essa questão, parece que eles não observam isso, fica a cargo da enfermagem, pode gerar problemas sim, ter lesão, várias vezes já vi, por isso que eu falei do tempo, tem que ser observado, pode se manter contido 24, 36 horas, essas coisas têm que ser melhoradas e avaliadas, às vezes, deveria haver um protocolo [...] (S.1).

Por quanto tempo o paciente pode suportar a contenção física [...] (S.9).

[...] eu gostaria de saber o tempo, vejo e fico preocupado com isso, o paciente fica contido 12 horas, 24 horas, até mais, às vezes (S.13).

Conforme Cofen Resolução Nº 427/2012, no seu Art. 4º, todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente.

§ 1º Quando em contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora. § 2º Maior rigor no monitoramento deve ser observado em pacientes sob sedação, sonolentos ou com algum problema clínico, e em idosos, crianças e adolescentes (COFEN, 2012 p.1).

Todavia, a falta de protocolos, de discussão multidisciplinar e o desconhecimento da Resolução Cofen Nº 427/2012 geram dúvidas e preocupação dos sujeitos em relação ao tempo em que o paciente deve permanecer sob contenção física.

Os sujeitos enfocaram que o fato de o paciente estar em contenção física e por tempo prolongado pode desencadear agitação e agressividade.

[...] porque se ele fica muito tempo contido, ele começa a ficar agressivo também (S.9).

O paciente em contenção por muito tempo pode ficar agressivo e isso é preocupante (S.3).

A contenção física é um procedimento utilizado unicamente para a segurança do paciente, da equipe e dos outros pacientes. Ela deverá ser feita em um ambiente terapêutico, e em nenhum caso, a contenção mecânica de paciente será prolongada além do período estritamente necessário (COFEN, 2012).

Com relação à preocupação de S.3, o tempo de duração da contenção é algo discutível e que não pode ser padronizado, devendo durar o menor período possível, embora na prática se verifique que dura além do necessário, em geral devido à falta de protocolos e de estrutura adequada nas unidades de atendimento (MARCOLAN, 2004, COFEN, 2012). Outro estudo estabelece que a contenção apenas será feita por tempo determinado, que, para o autor, não deverá ultrapassar o tempo duas horas (MUSSEL *et al.*, 2012).

Houve referência de um dos sujeitos de que a contenção física deverá ser um procedimento prescrito pelo médico.

Eu acho que a contenção deveria ter uma prescrição médica, contenção física, contenção mecânica [...] coisa que não se observa aqui, raramente me lembro de ter visto uma prescrição de contenção mecânica ou física, mas a princípio é meio automático (S.1).

Em relação ao entendimento de S.1, quanto à necessidade da prescrição médica para a realização da contenção física, pode-se discorrer inicialmente sobre a Resolução nº 1.598, de 09/08/2000, do Conselho Federal de Medicina, que atribui a indicação da prescrição de contenção física, em estabelecimento psiquiátrico, ao profissional médico.” Art. 11 – Um paciente em tratamento em estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo em que estiver contido” (CFM, 2000).

Nesta perspectiva, dois elementos podem ser discutidos, o primeiro quando o Conselho Federal de Medicina designa um auxiliar de enfermagem para o cuidado de pacientes em contenção. Esta medida é entendida como uma ingerência, porque quando se tratar de competências atribuídas especificamente à equipe de enfermagem, elas devem ser orientadas pelo próprio Conselho Federal de Enfermagem e não por outras categorias ou autarquias profissionais (MARCOLAN, 2004). O outro elemento a ser discutido é que este estudo foi desenvolvido em uma unidade de emergência de um Hospital Geral, que atende pacientes com quadro de comportamento agitado e/ou agressivo, decorrente de diversos motivos e etiologias, sendo a Resolução em questão especificamente voltada à assistência a pacientes psiquiátricos.

Conquanto atualmente a Enfermagem tenha disponível a Resolução COFEN 427/2012, ela reza, no seu **Art. 1º** que “Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados. Esta Resolução vem normatizar e subsidiar o cuidado de enfermagem (COFEN, 2012).

A seguir, está apresentado o Instrumento denominado Ficha de acompanhamento de contenção física, que resultou das discussões com os sujeitos da pesquisa durante os encontros.

4.4.1 Ficha de acompanhamento de contenção física – construção dos sujeitos

O grupo 1 sugeriu linhas gerais de cuidados para o paciente com comportamento agitado e/ou agressivo, que inclui: atribuições da equipe, local de atendimento do paciente, número de pessoas necessárias, material necessário e orientações de como realizar o procedimento. O Grupo 2 iniciou a elaboração de

uma ficha de avaliação. O material produzido pelos Grupos 1 e 2 foi agrupado pela mestrandia e resultou na **Ficha de acompanhamento de contenção física**, composta de duas partes, a primeira de orientações gerais e a segunda da estruturação da própria Ficha, descrita a seguir.

Ficha de acompanhamento de contenção física

ORIENTAÇÕES GERAIS

A contenção física somente será utilizada como último recurso, depois de esgotadas todas as abordagens pela comunicação terapêutica.

Ações da equipe:

1. Realizar abordagem inicial (a ser definida no momento, a melhor opção é o profissional que criou o melhor vínculo e se dispuser a tal atividade);
2. Comunicar paciente e acompanhante sobre necessidade da Contenção física;
3. Conduzir o paciente à maca, abaixar a maca, realizar a Contenção física com, no mínimo, um profissional em cada membro;
4. Ao término, observar se as extremidades dos membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII) estão livres para circulação sanguínea, elevar a cabeceira e as grades da cama. Cuidado, em especial, com o paciente obeso que poderá ser contido despido devido à possibilidade de asfixia;
5. Controlar a perfusão periférica e o pulso dos quatro membros de hora em hora. Procede-se à verificação da perfusão sanguínea periférica pela polpa digital, apertando-as para, em seguida, soltá-las e observar a coloração. A coloração esperada deve ser rosada, no caso de ficar arroxeado, branqueado ou amarelado, é porque a Contenção está provocando o garroteamento do membro e comprometendo a circulação sanguínea tissular, principalmente das extremidades. Caso ocorra a diminuição da perfusão periférica do membro contido, é necessário que a Contenção seja desfeita e reavaliada;
6. Avaliar níveis de consciência e melhora da agitação;

7. Não fornecer líquido e nem alimento durante o tempo em que o paciente estiver em contenção;
8. Observar vômitos e sinais de aspiração para evitar asfixia;
9. Não deixar o paciente sozinho;
10. Observar se o acompanhante (quando for o caso) estimula comportamento de agitação e, em caso positivo, solicitar sua saída do ambiente;
11. Preencher a ficha de Monitorização de Contenção (todos os campos);
12. Comunicar a ocorrência da Contenção física ao médico de plantão;
13. Registrar a ocorrência da Contenção física no prontuário do paciente;
14. Observar, registrar e comunicar intercorrências no estado de saúde do paciente;
15. Após a diminuição da agressividade e agitação do paciente, as contenções deverão ser removidas, gradativamente, na presença da equipe de enfermagem (dois profissionais), médico e, se possível, na presença de um acompanhante;

Local para atendimento do paciente:

16. Ambiente deve ser seguro para o paciente, de fácil acesso e movimentação da equipe, de fácil visualização; e
17. Caso o paciente não tenha acompanhante, ele permanecerá no consultório cinco ou sala amarela, que é o lugar com melhor visualização e proximidade da equipe.

Número de profissionais:

A contenção deverá ser realizada com, no mínimo, 4 a 5 profissionais da equipe multiprofissional (o número ideal são oito pessoas – uma pessoa na parte anterior e distal de cada membro superior e inferior. Às vezes pode-se necessitar de uma nona pessoa para ajudar a imobilizar a cabeça);

18. Um profissional conduz toda a realização da técnica e os demais acompanham sua orientação. Caso este se canse ou não se sinta em condições de fazê-lo até o final, deverá solicitar a outro colega que ocupe o comando. Este mesmo profissional, durante todo o tempo, mantém comunicação terapêutica com o paciente, ouvindo-o, explicando o que está sendo feito e o motivo, entre outras

abordagens necessárias. Os demais membros acompanham em silêncio e com atitudes de interesse e respeito.

Material utilizado

(kit contenção) 2 - Faixas acolchoadas, 6 pequenas e 1 grande: uma para cada perna (região distal), uma para cada antebraço (região distal), e uma para coxa; uma para tórax. Luvas para contenção de mãos com compressas e atadura (o uso da atadura somente será permitido para luvas de proteção). Lençol para proteção/cobrir o paciente.

Importante: Durante a realização da contenção física, os profissionais deverão atentar para que não sejam feitas sobre as articulações para evitar luxações ou mesmo fraturas no paciente. Entende-se que tal procedimento deve ser realizado dentro de uma sequência clínica com responsabilização coletiva, prevalecendo o respeito pelos pacientes e familiares.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____

IDADE: _____ **LEITO:** _____ **REGISTRO:** _____

DATA: _____

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE:

() DOMICÍLIO () CMUM () CAPS () OUTRO _____

INTEGRIDADE FÍSICA DO PACIENTE NA ADMISSÃO:

MOTIVO DA CONTENÇÃO FÍSICA:

() AGITAÇÃO () AGRESSIVIDADE () VENTILAÇÃO MECÂNICA

() RISCO DE QUEDA () RETIRADA DE CATETERES () OUTRO _____

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

- () CONFUSÃO MENTAL () DESORIENTAÇÃO () DELÍRIO
 () ALUCINAÇÕES () SOB EFEITO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
 () AGRESSIVIDADE () AGITAÇÃO

HORA DE INÍCIO DA CONTENÇÃO: _____

HORA DO TÉRMINO DA CONTENÇÃO: _____

MEDIDAS PRÉ-CONTENÇÃO

- () ABORDAGEM VERBAL
 () USO DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA . QUAL? _____

HOUVE ABORDAGEM VERBAL INICIAL? () SIM () NÃO

PRESENÇA DE ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO

	HORÁRIO	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	SSVV (PA/P/R)	PERFUSÃO MMSS	PERFUSÃO MMII
1 hora					
2 hora					
3 hora					
Após RETIRADA					

Profissional de Enfermagem: _____ Coren: _____

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou refletir a respeito do cuidado de enfermagem a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo, pois são pacientes com particularidades, necessitando de cuidados integrais por profissionais de enfermagem habilitados e competentes para lidar com tais ocorrências.

Ressalta-se que o estudo trouxe um recorte do cuidado de enfermagem desses pacientes e a percepção da equipe de enfermagem no cuidado prestado, portanto, por meio do tratamento das informações obtidas com a Proposta Operativa de Análise Qualitativa e da metodologia adotada, acredita-se que os objetivos propostos tenham sido alcançados.

Os sujeitos da pesquisa reconheceram, por meio da reflexão da prática, a diferença entre paciente com comportamento agitado e/ou agressivo, tendo atribuído que há diversos fatores que podem favorecer um ambiente de hostilidade. Contudo, nas suas falas, observa-se que a falta de protocolos e discussões sobre a temática propicia que o cuidado prestado pela equipe de enfermagem a estes pacientes, ainda se apresenta com fragilidade e sem consenso.

O diálogo estabelecido nos encontros evidenciou um pensar da equipe pesquisada de como apreender o paciente com comportamento agitado e/ou agressivo, no contexto no qual a equipe está inserida na instituição, com os colegas e consigo mesmo. Além disso, possibilitou que a pesquisadora e os participantes se mobilizassem para uma aprendizagem significativa da realidade, que é dinâmica e complexa.

As diversas leituras e o estudo do referencial teórico permitiram direcionar e sustentar as ações e o andamento deste trabalho, fundamentar e nortear as experiências que os participantes e a pesquisadora vivenciaram nos encontros, fatos esses que resultaram na construção de uma Ficha de Acompanhamento de Contenção Física na Unidade de Pronto Atendimento, cuja validação se pretende com outros estudos a ser realizados posteriormente.

A convivência com os sujeitos, a partir dos encontros, possibilitou a formação de uma relação de respeito e confiança, favorecendo um ambiente encorajador, criativo e cooperativo, pois, nesses momentos, os participantes

puderam falar da sua própria realidade. A necessidade da maioria dos participantes em expressar seus sentimentos, suas situações cotidianas no Hospital, os conflitos enfrentados era bastante evidente.

Tal fato confirma a necessidade de educação continuada no espaço hospitalar, de modo a promover encontros de reflexões e discussões sobre as ações diárias dos profissionais de saúde, servindo, dessa maneira, como subsídio para o pensar e o fazer no cuidado de enfermagem.

Acredita-se que a comunicação desenvolvida em grupo permita maior percepção da personalidade de cada sujeito e a formação do sentimento de coletividade, entendimento e união da equipe.

A presença de outros profissionais de setores diferentes (equipe da psiquiatria, direção de enfermagem e colegiado) para o cuidado do paciente com comportamento agitado e/ou agressivo foi bastante evidenciada nas falas dos sujeitos no último encontro. Essa movimentação mostra a necessidade de envolvimento da multidisciplinaridade no contexto para um cuidado com mais qualidade.

A construção e o desenvolvimento desta pesquisa constituem, além de um aprendizado profissional da pesquisadora, um exercício pessoal, pois a pesquisa, a coleta de dados e a descrição dos resultados se tornaram uma atitude de olhar o mundo e de viver. A “incorporação” do material teórico pesquisado no modo de viver e conviver, nas relações de compreensão da comunicação como elemento essencial das relações humanas, possibilitou uma mudança na maneira como a pesquisadora se comunica que, por sua vez, permitiu o autoconhecimento, a autoaprendizagem, a consciência das ações desenvolvidas na trajetória de vida pessoal e profissional.

Vale ressaltar a solicitação da equipe de enfermagem pesquisada sobre a continuidade do trabalho, por meio de discussões de temas específicos, em forma de educação continuada. A busca de um novo olhar para desvendar e entender o fenômeno estudado consiste não só no preparo e no embasamento técnico-científico dos profissionais, mas também na vivência do outro.

Este trabalho não se encerra por aqui, a educação continuada pode ser uma estratégia de se reunir com os pares e discutir sua prática. Considera-se esse processo de investigação e reflexão um fato contribuinte para a qualificação

profissional da pesquisadora, que impulsionou seu interesse pela pesquisa, ainda que represente uma pequena parte do caminho a ser descoberto.

Acredita-se ter conseguido atingir o objetivo deste estudo e, ao mesmo tempo, levar os participantes à reflexão sobre a importância e como percebem o cuidado de enfermagem desenvolvido ao paciente com comportamento agitado e/ou agressivo, para que possam ir além da reflexão, buscando aprofundar e construir o conhecimento sobre essa e outras temáticas. Vislumbra-se que os resultados possam instigar nos colegas a inspiração necessária para uma transformação de sua prática.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E.M. *et al.* Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. **J Bras Psiquiatr.**; v. 59, n. 2, p. 94-98. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n2/a03v59n2.pdf> Acesso: 10/05/2013.

BERNICK, V.; GOUVEA, F.; LOPES, K.V. Agitação Psicomotora. **Revista Brasileira de Medicina.** São Paulo; 2010 Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4383 Acesso em: 02/03/2012.

BORBA, L. O. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica.** 183fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2009. Disponível em: <http://www.pggenf.ufpr.br/DissertaçãoLeticiaBorba.pdf>. Acesso em: 03/02/2013.

BRASIL. Portaria SNAS nº 224/MS, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental In: Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Secretaria de Atenção à Saúde. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, data. Disponível em: www.saude.gov.br Acesso em: 30/03/2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 de outubro de 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/Reso196.doc>. Acesso em: 10/08/2012.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acesso em: 10/05/2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, C.J.G.; TEIXEIRA, M.B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 35, n. 2, p. 141-9, jun. 2001.

CÁNOVAS, R.J.M., ORTEGA, R.C. H. Intervención de enfermería ante la agitación de una persona discapacitada intelectual institucionalizada. **Enfermeria Global** v.7, n.14, out 2008. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36051> Acesso em: 22/08/2011.

CEA (Comitê de Ética Assistencial). **Protocolos que regulan El uso de medidas restrictivas en El curso de La hospitalización**. Barcelona-Espanha: Sagrat Cor Serveis de Salut Mental, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 427, de 8 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 de maio de 2012. Seção 1, p. 175-176. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/Res_427_2012_pag1.pdf Acesso em: 05/06/2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.598 de 09 de agosto de 2000**. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Brasília (Brasil); 2000. Disponível em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm Acesso em 18/12/2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. Câmara Técnica Assistencial. **Parecer n.5/1997**. Contenção mecânica de pacientes. Câmara Técnica de Ética. **Parecer n.56/1993**. Restrição dos movimentos do paciente pela Enfermagem. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/pareceres> Acesso em: 12/04/2012.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Integrado Saúde Mental em Curitiba**. 2002. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/saude_mental_001.pdf Acesso em: 23/01/2012.

CURRIER, G.W.; ALLEN, M.H. Emergency Psychiatry: Physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. **Psychiatric Service**. v. 51, p.717-19. 2000. Disponível em: <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/51/6/717> Acesso em: 01/12/2011.

DUNCAN, S. *et al.* Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. v. 16, l8, p. 749–757, Out. 2009. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652850.2009.01475.x/pdf> Acesso em: 16/02/2013.

FRASQUILHO, M.A. Agitação, Agressão e Violência na Urgência Psiquiátrica no Hospital Curry Cabral. Experiência e Reflexões. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**, EPE. v. 9, n. 1, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.psilogos.com/Principal.html> Acesso em: 11/06/2013

HOLLOMAN JR, H.G., ZELLER, S.L. Overview of Project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. **West J Emerg Med**. v. 13, n.1., p. 1-2, 2012 Disponível em : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298232/> Acesso em 30/04/2013.

MARTIN IGLESIAS, V. *et al.* Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. **Enferm Intensiva**. v. 23, n. 4, p. 164-170, 2012. Disponível em: www.elsevier.es/ei Acesso em: 13/01/2013.

JACINTHO, A.C.A.; STELLA, F.; J.B. LAURITO JR, 2012. Agitação psicomotora. In: BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 219-235

JIMENÉZ BUSSELO, M.T. *et al.* Cuidados com o doente agitado, violento ou psicótico nas urgências: um protocolo provisório para uma doença em crescimento. **Anales de Pediatría**. Barcelona: Ed. Portuguesa. v.1, n.1, p.42-51, 2006. Disponível em: <http://www.aeped.es/anales/portugues/vol1n1/8.pdf> Acesso em: 10/10/2012.

KONDO, E.H. *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP**. Ribeirão Preto, v. 45, n. 2, p. 501-507, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00802342011000200028&script=sci_arttext. Acesso em: 26/06/2012.

LOUZÃ NETO, M.R. Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia? **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, supl 2; p. 169-173, 2007. Disponível em: www.revistas.usp.br/rpc/article/download/17098/19093 Acesso em: 15/03/2013.

LOYOLA, C. Notas sobre cuidar em enfermagem psiquiátrica. In: CAVALCANTI, M. T.; FIGUEIREDO, A. C.; LEIBING, A. (Org.). **Por uma psiquiatria inquieta**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008, p. 64-70.

MANTOVANI, C. *et al.* Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Rev. Bras Psiquiatr** São Paulo, v. 32, supl. 2, p. 96-103, out. 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf Acesso em: 28/11/2011.

MARCOLAN, J.F. **A contenção física do paciente**: uma abordagem terapêutica. São Paulo: edição do autor, 2004.

MARTIN, B.; MATHISEN, L. Use of Physical Restraints in Adult Critical Care: A Bicultural Study. **American Journal of Critical Care**. v. 14 n. 2, p. 133-142, Mar. 2005. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/2/133.short> Acesso em: 02/01/2013.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p.262-267.

MONTEIRO, C.B.; SOUSA, C.A.C. O paciente que manifesta agressividade na internação psiquiátrica: A representação do Enfermeiro. **Esc Anna Nery Ver Enferm.** UFRJ. v8, p. 439-447, dez. 2004

MUSSEL, E. *et al.* **Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora**. Protocolo clínico 033. p. 14 2012. Acesso em: <http://intranet.fhemig.mg.gov.br/protocolosclinicos/index.php> Acesso em: 26/06/2012.

NORDSTROM, K. *et al.* Medical Evaluation and Triage of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. **West J Emerg Med**. v. 13, n.1, p. 3-10, 2012. Disponível em: <http://europepmc.org/articles/PMC3298208> Acesso em: 30/04/2013.

PAES, M.R **A contenção física a pacientes em uma instituição psiquiátrica de internação integral e o cuidado de enfermagem**. 66f. Monografia. (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

PAES, M.R. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral**. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2009.

PAES, M.R. *et al.* Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 479-84, out/dez. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a04.pdf> Acesso em: 21/02/2013.

PAES, M.R. *et al.* Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. **Ciênc cuid saúde** v. 9, n.2, p. 309-16, abr/jun. 2010.

PAES, M.R.; MAFTUM, M.A.; MANTOVANI, M.F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre(RS). v. 31, n. 2, p. 277-84, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/11.pdf> Acesso em: 16/04/2013.

PAES, M.R.; BORBA, L.O.; MAFTUM, M.A. Contenção física a pessoas com transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem **Ciênc cuid saúde** v. 10, n.2, p. 309-16, abr. 2011.

POLIT, D.F; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Artmed, 2004.

PRADO-LIMA,P.A.S. Tratamento farmacológico da impulsividade e comportamento agressivo. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 31, supl. 2, p. 58-65, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01/05/2013.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SIEVER, L.J. Neurobiology of Aggression and Violence. **Am J Psychiatry**. v. 165, n. 4, abr. 2008. Disponível em: <http://www.ajp.psychiatryonline.org>. Acesso em: 01/05/2013.

SILVA, A.G. **A vivência da equipe de enfermagem sobre a violência praticada por pacientes com transtorno mental**. 124fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2011. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Dissertação2011.htm>. Acesso em: 03/03/2013.

SIQUEIRA JÚNIOR, A. C.; OTANI, M. A. P. Atendimento ao paciente agressivo através da técnica do grupo de 8. **Nursing**. São Paulo, v. 1, n.7, p.19-23, dez. 1998.

STEFANELLI. M.C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2 ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K; ARATES, E.C. Estratégias de comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K; ARANTES, E.C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008. p.331-357.

STUART, G. W; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

VASQUES, D. Agitação e Agressividade. In: Daniel Cruz Cordeiro, Leonardo Baldaçara. **Emergências Psiquiátricas**. São Paulo: Roca, 2007. p.25-47.

VIETTA, E.P.; KODATO, S.; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v.9, n.2, p. 97-103, mar. 2001.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado “Cuidados **de enfermagem a pacientes com comportamento agressivo que requeiram contenção física**”, que está sendo desenvolvido pela enfermeira **Adriana Ribeiro Silva de Castro**, aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da UFPR. É através das pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde, em especial, na área da Enfermagem, e sua participação é de fundamental importância. O objetivo desta pesquisa é: implementar o cuidado de enfermagem a paciente com comportamento agressivo que requeira contenção física. Os benefícios esperados não serão financeiros, mas pessoais. Deste modo, você deve ficar ciente de que não receberá qualquer valor em dinheiro por sua participação neste estudo.

O estudo não envolve riscos por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio de encontros. Destes encontros, além de você, participarão outros profissionais de enfermagem que também aceitaram ser sujeitos desta pesquisa. Tais encontros serão realizados um a cada semana, totalizando cinco encontros no período da manhã, com duração de até duas horas cada encontro. Ao final do cinco encontros, espera-se a obtenção de dados que subsidiem a implementação da técnica correta e segura para o procedimento de contenção física no leito de pacientes com transtornos mentais, em agitação psicomotora. Para tanto, nos encontros serão discutidos e problematizados temas relativos à contenção física, que serão registrados em gravador digital para posterior transcrição.

Você poderá recusar-se em participar da pesquisa a qualquer momento, caso se sinta afetado. Sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso afete seu trabalho.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de responsabilidade do participante.

Estão garantidas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.

A pesquisadora Adriana Ribeiro Silva de Castro, Enfermeira, COREN-PR 79790, RG 5.002.652-3 SESP/PR, poderá ser encontrado na cidade de Curitiba, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, pelo telefone (41) 8855-5663.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo para o qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu trabalho. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data: __/__/__ Assinatura _____ do _____ participante:

Nome do Pesquisador: Adriana Ribeiro Silva de Castro

ANEXO A

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – HC/UFPR

PROJETO DE PESQUISA

Título: Contenção física a pacientes com transtorno mental no hospital geral

Área Temática:

Pesquisadora: Adriana Ribeiro Silva de Castro Versão: 2

Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do CAAE:
02215612.2.0000.0096 Paraná

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer:34769

Data da Relatoria:08/06/2012

Apresentação do Projeto:

A autora apresenta uma breve e contextualizada justificativa sobre a importância do conhecimento da aplicação de contenção física pela enfermagem no cuidado de pacientes, principalmente com transtornos mentais, em hospital geral. Esclarece que se trata de um estudo qualitativo em que será utilizada a Metodologia Problematicadora, com a utilização do Arco de Problematicação, construído por Magueréz. A proposta é reunir 12 profissionais da enfermagem que atuam no Pronto Atendimento e que tenham interesse e disponibilidade de participar de cinco encontros que serão gravados para posterior Análise Temática. Ao final das etapas, espera-se implementar o protocolo de contenção física na unidade de Pronto Atendimento Adulto do HC-UFPR. Todo o material necessário será fornecido pela pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

Implementar a técnica de contenção física para pacientes com transtorno mental em um hospital geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Diz que os participantes não terão nenhum risco e todos serão beneficiados, pois se pretende contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados desenvolvidos pela enfermagem no PAA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa importante no campo da saúde, que não apresenta nenhuma falta ética e visa a contribuir para a criação de um protocolo de atendimento, requisito necessário para o certificado de acreditação da ONA para HC-UFPR.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam Carta de Análise de Mérito, TCLE, folha de rosto; concordância do setor de Urgência e Emergência; declaração de uso específico de material; declaração de tornar público os resultados; termo de confiabilidade; termo de concordância do orientador; ofício do pesquisador.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência atendida, o TCLE foi reescrito, e o projeto pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da Conep:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma com o participante da pesquisa.

CURITIBA, 12 de junho de 2012

Assinado por Renato Tambara Filho